



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*”

Johanna Carolina Sánchez Castro

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2014

Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*”

Johanna Carolina Sánchez Castro

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Enfermería

Directora:

Gloria Lucia Arango Bayer

Área de Énfasis:

Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2014

A Marina, Luz Marina y Óscar...

Mis más grandes amores y mi felicidad...

Agradecimientos

Esta Tesis de Maestría fue una consecuencia del gran aporte recibido de las siguientes partes, a quienes deseo expresar mi total agradecimiento:

La Universidad Nacional de Colombia, mi Alma Máter, en particular a la Facultad de Enfermería por la formación integral que me brindó a lo largo de mis estudios de pregrado y maestría. Es un orgullo y satisfacción portar sus nombres.

El Laboratorio de Psicometría, adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, por su valiosa colaboración en este proceso.

Además, quiero agradecer especialmente a:

La Profesora Gloria Lucia Arango Bayer, directora de la Tesis de Maestría, quien con su experiencia académica y acertadas guías en los momentos oportunos, despertó en mí el interés por la investigación.

Los docentes del grupo de Gerencia en Salud y Enfermería, por la orientación académica.

La Dra. Eileen Lake y la Enfermera MSc. Lisbeth Cardona, por permitirme hacer uso de su producción científica, como punto de partida para la realización de mi investigación, y la Dra. Allison P. Squires por las contribuciones efectuadas.

Mi abuelita Marina, mis padres Óscar y Luz Marina, y a Marino; a toda mi familia, por sus enseñanzas e infinito amor, estar a mi lado y nunca dejarme desfallecer. El reflejo de ellos yace en mí.

Fernando Callejas por compartir mis sueños y ayudarme a encontrar un camino para hacerlos realidad.

Saidy, Francy, Ana y Xiomara, mis amigas de corazón y colegas en mil batallas, por las duras, las buenas y los sueños.

Todos aquellos que de una u otra forma estuvieron involucrados en la realización de esta tesis y que injustamente se hayan escapado a la memoria.

Resumen

La medición de los Ambientes de Práctica cobra relevancia a medida que los mismos adquieren significado para el desarrollo de la Práctica Profesional de Enfermería. Actualmente en Colombia no se cuenta con un instrumento para la medición de los ambientes que esté totalmente validado para el contexto nacional, situación que motivó la realización de la presente investigación, cuyo contenido explica el desajuste con relación a la validez de constructo que presenta el instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*”, creado en Estados Unidos y tomado como referencia en estudios precedentes en Colombia.

La investigación metodológica adquirió como punto de partida la estructura general para el diseño y elaboración de instrumentos, enfocada en la evaluación de la teoría subyacente del instrumento “*PES - NWI*”. Los resultados obtenidos permiten visualizar que no se encuentra un desarrollo a profundidad del constructo que se pretende medir, por lo que se realizó una revisión teórica que conduce a la descripción aproximada de un sustento para el instrumento “*PES - NWI*”. Con la investigación se relacionan los ítemes del instrumento con aspectos de la Sociología de las Organizaciones y se genera una nueva propuesta teórica que reformula tanto las dimensiones como la distribución de los ítemes en ellas.

En esta investigación diecinueve de treinta y un ítemes son clasificados y organizados en cuatro dimensiones, una menos que en el “*PES - NWI*” original de Eileen Lake. No obstante se consideran pertinentes nuevas revisiones para el ajuste final del instrumento.

Palabras clave: Ambiente de Instituciones de Salud, Enfermería, Organizaciones en Salud, Satisfacción en el Trabajo, Sociología.

Abstract

Measuring Practice Environments become relevant as they acquire meaning for the development of Nursing Practice. Currently in Colombia an instrument that is fully validated for the national context does not exist, situation which led to the completion of this investigation. The content explains the mismatch with respect to construct validity, introducing the instrument to measure Environments Nursing Practice: "*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*", created in the United States and used as a reference in previous studies in Colombia.

Methodological research took as its starting point the general structure for the design and development of tools focused on assessing the underlying theory of the instrument "*PES - NWI*". The results obtained display that there is not in-depth development of the construct to be measured, so that a theoretical review leading to the approximate description of a livelihood for the "*PES - NWI*" instrument was made. Through research, the items of the instrument are related to aspects of the Sociology of Organizations, generating a new theoretical proposal which reformulates both the size and the distribution of items in them.

In this current research, nineteen thirty-one items were classified and organized into four dimensions, one less than in the "*PES - NWI*" original Eileen Lake. However new revisions are considered relevant for the final adjustment of the instrument.

Keywords: Health Facility Environment, Nursing, Health Maintenance Organizations, Job Satisfaction, Sociology.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Abstract.....	XI
Lista de figuras.....	XV
Lista de tablas	XVII
Introducción	19
1. Marco referencial.....	21
1.1 Planteamiento del problema	34
1.2 Justificación	36
1.3 Pregunta de investigación.....	37
1.4 Objetivos.....	38
1.4.1 Objetivo general	38
1.4.2 Objetivos específicos	38
1.5 Impactos esperados	38
2. Marco teórico.....	41
2.1 Ambientes de práctica de Enfermería	41
2.1.1 Satisfacción en el trabajo y retención del personal de Enfermería.....	41
2.1.2 Atributos de excelencia para ambientes de práctica de Enfermería	42
2.1.3 Principios para un ambiente de práctica de Enfermería magnético	43
2.1.4 Medición de los ambientes de práctica de Enfermería: Desarrollo del “ <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI)</i> ”	45
2.2 Investigación metodológica - Elaboración de instrumentos.....	55
2.2.1 Conceptualización del instrumento.....	56
2.2.2 Construcción del instrumento	56
2.2.3 Revisión de los ítemes	58
2.2.4 Ensayo del instrumento.....	59
2.2.5 Pasos finales: Análisis y revisión.....	60
2.2.6 Análisis factorial confirmatorio (AFC)	60
3. Marco metodológico	71
3.1 Tipo de estudio	71

3.2	Estrategia metodológica	71
3.2.1	Objetivo 1: Descripción del ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente	71
3.2.2	Objetivo 2: Identificación de similitudes y diferencias en los contextos entre los que se validó el instrumento, a saber: contexto mexicano y contexto colombiano	73
3.2.3	Objetivo 3: Identificación de posibles desajustes en el instrumento en su versión en español relacionados con la estructura gramatical de cada uno de los ítemes	75
3.3	Consideraciones éticas	76
3.4	Mecanismos de divulgación y socialización	77
4.	Resultados	79
4.1	Ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente	79
4.1.1	Teoría des del “ <i>PES - NWI</i> ” descrita por su autora	79
4.1.2	Análisis factorial confirmatorio del “ <i>PES - NWI</i> ”	86
4.2	Revisión de literatura sobre las Dimensiones del Ambiente de Práctica de Enfermería	92
4.2.1	Participación y empoderamiento	94
4.2.2	Participación y empoderamiento en el ambiente de práctica de Enfermería	97
4.2.3	Motivación	98
4.2.4	Motivación en Enfermería	104
4.2.5	Comunicación	105
4.2.6	Comunicación en el ambiente de práctica de Enfermería	110
4.2.7	Liderazgo	111
4.2.8	Liderazgo en el ambiente de práctica de Enfermería	114
5.	Discusión.....	135
5.1	Limitaciones	144
6.	Conclusiones y Recomendaciones	145
6.1	Conclusiones.....	145
6.2	Recomendaciones.....	147
A.	Autorización por parte de Dra. Eileen Lake.....	149
B.	Autorización por parte de Enfermera MSc. Lisbeth Cardona	151
C.	Aval Ético	153
	Bibliografía	155

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1-1: Análisis de factores libre con rotación <i>Varimax</i> (28).....	35
Figura 1-2: Análisis de factores libre con rotación <i>Orthomax</i> (28).	35
Figura 1-3: Análisis de factores con “ <i>n = factor (5)</i> ” (28).	35
Figura 2-1: Proceso de elaboración de instrumentos (38).....	55
Figura 2-2: Diagrama de senderos para un modelo de factores correlacionados.....	64
Figura 4-1: Marco teórico de las relaciones entre la organización de Enfermería hospitalaria, los resultados de Enfermería y los resultados del paciente, enviado por Lake (48).	84
Figura 4-2: “ <i>Path diagram</i> ” para el instrumento de factores correlacionados “ <i>PES - NWI</i> ”.	88
Figura 4-3: Proceso de motivación (51,67).	100
Figura 4-4: Teoría acerca de las necesidades humanas (52,67).....	101
Figura 4-5: Modelo de comunicación interpersonal (51).....	106
Figura 4-6: Tipos de liderazgo (50).	113
Figura 4-7: Relación entre las definiciones de “Ambiente de Práctica de Enfermería” y “Clima Organizacional” (31,83,86,87).	133

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1: Categorías y subcategorías en el estudio de “ <i>Magnet Hospitals 1983</i> ” (34). .	
.....	47
Tabla 2-2: Escalas y sus coeficientes Alfa de validez interna del “ <i>NWI</i> ” (35).....	49
Tabla 2-3: Subescalas “ <i>NWI - R</i> ” (36).	51
Tabla 2-4: Subescalas resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) del estudio de Lake, 2002 (31).	54
Tabla 2-5: Esquema general de una matriz de varianzas - covarianzas.....	62
Tabla 2-6: Clasificación y criterios de interpretación de los índices de bondad de ajuste (40–42,45).	68
Tabla 3-1: Resumen de los objetivos, instrumentos y fuentes de información que se considerarían para el desarrollo de esta investigación.	76
Tabla 4-1: Definiciones de Ambiente de Práctica de Enfermería (31,48).....	85
Tabla 4-2: Resumen de variables y grados de libertad para el AFC, instrumento “ <i>PES - NWI</i> ”.	87
Tabla 4-3: Parámetros estimados con el método ML “ <i>Maximum Likelihood</i> ” para el instrumento “ <i>PES - NWI</i> ”, software <i>AMOS</i>	89
Tabla 4-4: Índices de bondad de ajuste para el AFC del instrumento “ <i>PES - NWI</i> ”, software <i>AMOS</i> comparados con el criterio de aceptación.	91
Tabla 4-5: Clasificación de los ítems del “ <i>PES - NWI</i> ” de acuerdo con la revisión de literatura llevada a cabo en la presente investigación.....	117

Tabla 4-6: Relación de los aspectos: “ <i>Participación, Motivación, Comunicación y Liderazgo</i> ” con dimensiones de instrumentos que miden el constructo “Clima Organizacional”.....	130
Tabla 5-1: Investigaciones anteriores al “ <i>PES - NWI</i> ” usadas como base para la creación del mismo.	135
Tabla 5-2: Asociación de los ítemes del “ <i>PES - NWI</i> ” a aspectos de la Sociología de las Organizaciones.	139
Tabla 5-3: Comparación entre los aspectos de la revisión de literatura del presente trabajo y las dimensiones del instrumento descrito por Lake.....	140
Tabla 5-4: Ubicación de los ítemes no asociados en la revisión de la Sociología de las Organizaciones en las dimensiones del “ <i>PES - NWI</i> ” original.	140
Tabla 5-5: Jerarquización de los pesos estandarizados λ_{jm}^* de cada ítem en su correspondiente dimensión, parámetro estimado en el Análisis Factorial Confirmatorio del instrumento “ <i>PES - NWI</i> ”.....	142
Tabla 5-6: Ítemes que no se relacionan con la Sociología de las Organizaciones e ítemes de menor peso en el AFC que coinciden con los “ <i>Ítemes Potencialmente Problemáticos</i> ” reportados por Orst, 2011 (24).	143

Introducción

Los Ambientes de Práctica representan un gran significado para la Enfermería debido a la influencia que los mismos logran alcanzar en el desempeño y el desarrollo de la profesión. En las últimas décadas dicho tema ha tomado gran auge debido a los cambios en los sistemas de salud a nivel internacional y el impacto que esto ha presentado en el desempeño que tienen las y los enfermeros dentro de las instituciones hospitalarias, posicionándose como una de las necesidades de investigación más sentidas dentro de la Enfermería.

Al respecto se han pronunciado diferentes estancias alrededor del mundo como la Organización Mundial de Salud la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería, la Federación Europea de Enfermeras, la Asociación Americana de Enfermería y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, quienes expresan su preocupación por las dificultades que afectan a los Ambientes de Práctica y que repercuten en conflictos para la práctica de Enfermería; lo anterior genera la necesidad de abrir espacios de reflexión en torno al reconocimiento de la problemática y el diseño de estrategias que busquen su resolución.

En consecuencia, desde 1981, se ha venido desarrollando un instrumento que busca estar en la capacidad de medir los Ambientes de Práctica de Enfermería con el fin de aportar al reconocimiento de los mismos y a la implementación de estrategias que promuevan su mejoramiento. En la actualidad se cuenta con el "*Practice Environment Scale – Nursing Work Index PES - NWI*" el cual tuvo como antecedentes tres investigaciones relacionadas, y posterior a su publicación se han obtenido variadas adaptaciones a diferentes idiomas y contextos, entre ellos el español.

¹Se hace la salvedad que el término "enfermera", hace referencia al profesional Enfermería: "enfermera y/o enfermero", por lo cual en algunos apartados del documento se emplea de manera indistinta. Sin embargo, queda por sentado que los argumentos expuestos aplican tanto para la "enfermera: mujer" como para el "enfermero: hombre".

Para el caso de Colombia, la inquietud acerca de los Ambientes de Práctica apareció hace tres años cuando la Enfermera MSc. Lisbeth Cardona incursionó en una investigación que buscó la validez y confiabilidad del instrumento mencionado, sentando un punto de partida para el diseño de estudios relacionados con dicho tema. En ese estudio se realizó la traducción, retrotraducción, validez de contenido, validez facial y validez de constructo para el "*PES - NWI*" en Colombia. Al finalizar el mismo la autora concluyó que de acuerdo con el Análisis Factorial Exploratorio llevado a cabo en el marco de su investigación, era necesaria la reorganización de los ítemes.

En definitiva, la búsqueda de técnicas para la medición de Ambientes de Práctica de Enfermería se está encaminando al mejoramiento de los instrumentos existentes; una alternativa es la revisión del "*PES - NWI*". Es así como el presente documento se propone avanzar en la validación de dicha herramienta para que pueda ser usada en el futuro en Colombia.

En virtud de lo expuesto, este trabajo presenta un proceso que permite explicar el desajuste en términos de constructo que presenta el "*PES - NWI*", describiendo la teoría en la que se basó la autora del instrumento original y buscando aspectos de la Sociología de las Organizaciones que pueden fundamentar su construcción. El interés se centra en avanzar en el logro de un instrumento que mida de manera precisa el Ambiente de Práctica y que pueda aportar al conocimiento científico sobre el asunto.

1.Marco referencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están experimentando tensión creciente e inseguridad, debido a que reaccionan frente a un complejo conjunto de fuerzas. El envejecimiento de la población, las nuevas patologías, así como la creciente carga de las enfermedades actuales, sumado a los conflictos y la violencia, son retos frente a los cuales los profesionales deben estar preparados para responder. Según la misma institución, este tipo de dificultades ha llevado al déficit global de trabajadores en este campo, y sin una acción rápida, la escasez empeorará y los sistemas de salud se debilitarán aún más (2).

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se refiere específicamente a la escasez de profesionales de Enfermería en el mundo, definiéndola como un desequilibrio entre la necesidad de capacidades de Enfermería y su disponibilidad real. Para este organismo internacional, más allá de un problema de cantidad de personas, la dificultad se relaciona con la escasez de enfermeras¹ y enfermeros dispuestos a trabajar en las condiciones actuales, como por ejemplo los sistemas de salud en los países en desarrollo y sus reformas o reestructuraciones que se limitan a la contención del gasto, aumento de los casos de VIH/SIDA, especialmente en al África Subsahariana que han generado incremento de forma notable en la carga laboral, migración interna e internacional que acarrea desmejoramiento de la calidad y los resultados del servicio. Sin embargo estos cambios no siempre han tenido en cuenta las consecuencias resultantes para el talento humano del sector salud (1).

Las dificultades en el campo de la Enfermería se encuentran a nivel global. En el viejo continente también existe una preocupación al respecto ya que desde el comienzo de la crisis económica de 2008 se han presentado diferentes efectos para los y las enfermeras y para la Enfermería en Europa: reducción de la cantidad de vacantes disponibles,

recortes y congelamiento de salarios, altas tasas de reclutamiento para trabajos con sueldos bajos, compromisos en la calidad de la atención y seguridad del paciente, son algunos de los factores más determinantes en la crisis del sector salud (2).

Más de la mitad de las asociaciones de Enfermería reportan recortes salariales de hasta el 25 por ciento y gran aumento del desempleo para los y las enfermeras, así como más de un tercio de los miembros de la Federación Europea de Enfermeras (EFN por sus siglas en inglés) revela preocupación por la calidad de la atención y la seguridad del paciente, y más de un quinto de ellos denuncia degradación de la Enfermería y sustitución de enfermeras y enfermeros por trabajadores no calificados. Esto ha dado lugar a que los profesionales de Enfermería deban trabajar más que antes para mantener los estándares de calidad, por lo que se les pide que den más por menos. La Enfermería es una profesión dominada principalmente por mujeres y son ellas las más afectadas. Las enfermeras y enfermeros se enfrentan al dilema de proporcionar atención de calidad en un entorno obsesionado con los costos, con implicaciones reales para la seguridad del paciente (2). Adicionalmente, la creciente demanda de trabajadores de la salud, la escasez de personal, el pago diferencial y los factores asociados al ambiente de las instituciones de salud, han dado lugar al aumento de la movilidad de mano de obra de las zonas rurales a las urbanas y también de fronteras nacionales en el continente europeo, lo cual genera mayor pérdida de trabajadores sanitarios, quedando descubiertas de la prestación del servicio las zonas más vulnerables (3).

Frente a lo anterior, en el mundo se reconoce el valor y la importancia de las enfermeras y enfermeros en el proceso de prestación de asistencia sanitaria, pero la crisis parece haber cegado a la mayoría de las instituciones de las verdaderas consecuencias de estos recortes. En la búsqueda de respuestas y soluciones, se encuentran la falta de responsabilidad y liderazgo por parte de quienes toman las decisiones que, en última instancia, no están muy bien informados sobre el sector y por lo tanto, terminan perdiendo el norte. Los profesionales de Enfermería se han convertido en un blanco fácil en tiempos de recortes de diferente índole. Más que nunca, se necesitan reformas de los sistemas de salud para equipar al sector y los profesionales con los recursos necesarios para enfrentar los desafíos actuales y futuros. Se necesita líderes de Enfermería posicionados en los grupos que tienen la capacidad de tomar decisiones determinantes.

Sólo entonces puede el sector sanitario enfrentar la crisis, mediante la aplicación de métodos rentables e innovadores para los sistemas de prestación de asistencia sanitaria (4).

Una muestra más de las graves dificultades por las que atraviesa el personal de salud en el mundo se encuentra al revisar los reportes al respecto generados en África, en donde la mayoría de los países han presentado cambios en los sistemas de salud los cuales carecen del financiamiento, talento humano y recurso tecnológico que se requieren para hacer frente a la situación del sector. En muchos países del este y sur de África, la infraestructura de salud es deficiente, los equipos esenciales, los suministros y la logística del sistema a menudo están ausentes y los sistemas de referencia funcionan mal. Este contexto también ha llevado a que en varios países del este y el sur de África se hayan registrado problemas comunes como escasez absoluta de trabajadores de la salud, entornos de trabajo deficientes y una mala distribución de los trabajadores sanitarios entre los centros urbanos y rurales y, con frecuencia, entre los sectores público y privado (5).

Desafortunadamente, América Latina no hace la diferencia. Las características de las organizaciones en las que laboran los profesionales de Enfermería se relacionan con sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas, entre otros. Las enfermeras y enfermeros son un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud (6); estas características han repercutido en la disminución del número de profesionales que desean contribuir con su trabajo a la Enfermería.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 introdujo mecanismos del mercado en el campo de la atención en salud, situación dada a raíz de la disminución del papel del Estado tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios sanitarios, lo cual ha causado la privatización del sector salud y por ende la necesidad de que el mismo deba encontrar su propia sostenibilidad (5). Lo anterior ha llevado a incrementar el trabajo y a reducir el tiempo para el cuidado del paciente, sin importar a veces su estado de gravedad. Además, las profesionales encuentran que hay una demanda de conocimiento de tecnología, nuevos ambientes de trabajo y expectativas administrativas para continuar su

crecimiento personal. También hay cambios en el ambiente laboral, relacionados con aumento en la carga de trabajo, número insuficiente de enfermeras y enfermeros en comparación con la demanda, suministros escasos, bajos salarios e insatisfacción con la profesión (7).

La Asociación Americana de Enfermeras (*American Nursing Association* o ANA por sus siglas en inglés) expresa su preocupación por la escasez de personal que se evidencia en un menor número de profesionales que entran a la fuerza laboral, la escasez de profesionales de Enfermería debidamente preparadas para satisfacer ciertas áreas de necesidad del paciente en un entorno sanitario cambiante, se agudiza especialmente en determinadas zonas geográficas. Como resultado, hay una creciente conciencia de que el número de enfermeras y enfermeros preparados adecuadamente es insuficiente para satisfacer las necesidades de una población diversa y que este déficit crecerá de forma más grave en los próximos 20 años (8). La ANA sugiere que hacer frente al problema requerirá del esfuerzo conjunto de los muchos grupos que comparten la preocupación por este problema, tales como enfermeras, enfermeros y líderes de Enfermería, educadores de Enfermería, líderes de la industria de la salud, organizaciones de trabajadores, responsables políticos y la comunidad filantrópica, para nombrar unos pocos. Entre los factores asociados a la crisis de Enfermería la ANA reporta los siguientes en Estados Unidos (9), algunos parecen comunes con lo que ocurre en el caso colombiano. Entre ellos se destacan:

- La Enfermería vista como una tradición de servicio:

El modelo de Enfermería, nacido en el siglo XIX no ha cambiado y la Enfermería nunca ganó la independencia y autoridad que la profesión de Medicina sí asumió. Además, el movimiento feminista creó otras oportunidades laborales para las mujeres, pero esto hace que la profesión de Enfermería luzca demasiado estresante, entregada al servicio y poco autónoma, logrando ser cada vez cada vez menos atractiva (9).

- Un medio ambiente cambiante:
- El envejecimiento de la población, se muestra como una preocupación a nivel mundial dado el incremento de la población mayor de 60 años y la prevalencia de la

discapacidad en la misma. Los datos recientes confirman que en Colombia la población mayor de 60 años presentó un incremento del 6,31% y se estima que para el año 2020 el aumento será del 10,5%. Datos que llevan al aumento de la demanda de atención de Enfermería (10,11).

- La diversidad de opciones de trabajo para las mujeres, así lo demuestra un artículo del periódico *El Tiempo*, en donde mencionan que entre las carreras preferidas por las mujeres se encuentran economía, administración, contaduría y afines, la Enfermería no está entre las primeras opciones (12). Además, la inclusión del género masculino en la profesión sigue siendo casi nula (8).
- El ambiente laboral, los sistemas de apoyo inadecuados y mayores cargas de trabajo han dado lugar a la insatisfacción entre los profesionales de Enfermería. En Colombia, el ejercicio de cuidado bajo las actuales características de las organizaciones en las que laboran las enfermeras y enfermeros, se da en un contexto socioeconómico que deslegitima los derechos del trabajador por la flexibilización laboral y la manera como este contexto recrea o reprime oportunidades para el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de Enfermería (13).
- La naturaleza del entorno de atención, en Colombia se encuentran deficiencias en retribución económica. Los profesionales de Enfermería reciben su pago en forma de honorarios, esto implica que del valor recibido como contraprestación el profesional debe asumir los aportes para salud, pensión y riesgos profesionales lo que conlleva a un detrimento de la remuneración. Además hay una percepción de deficiencia en la dotación de equipos y suministros indispensables para brindar atención al usuario, así como sobrecarga laboral, dada por la asignación de diversas tareas que responden en su mayoría a políticas económicas del sistema o de la institución y no a las necesidades de cuidado de los pacientes que demandan los servicios. Sumado a esto los profesionales del área asistencial tiene una participación muy baja en actividades académicas e investigativas, lo que redundo en insatisfacción con el trabajo (14).

- El activismo de los consumidores, la capacitación de los consumidores, el aumento de la conciencia de los errores médicos y la reacción en contra de la atención médica administrada han hecho que los consumidores de salud sean "participantes vigilantes" en su propio cuidado (8). Para el caso colombiano, los usuarios del sistema de salud se muestran conocedores de cómo pueden formular peticiones ante la Superintendencia de Salud, hacer derechos de petición, tutelas y desacatos (15,16).
- Un sistema de salud globalizado, introducción de los mecanismos del mercado en el campo de la atención sanitaria, situación dada a raíz de la disminución del papel del Estado tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios sanitarios (17). De esta forma los profesionales carecen de la autoridad para crear un cambio en el sistema de atención de salud (8).

Como se detecta, en la actualidad los profesionales de la salud se encuentran en entornos difíciles marcados por rápidos cambios en las formas en que se prestan sus servicios. Los ambientes para dar atención de salud se tornan complejos y sofisticados y, a partir de ello, las enfermeras y enfermeros se han visto forzadas a aprender nuevas tecnologías, a trabajar en equipos multidisciplinarios, a ajustarse a la variedad de personal de salud y a volverse más flexibles en cuanto a los cambios organizacionales. Todo esto implícito en el mercado laboral que refleja la crisis económica y social en diferentes países; así Velandia cita a Guevara y colaboradores quienes exponen que esta situación genera conflictos internos con la esencia de la Enfermería, que es el cuidado integral (7).

Este panorama de la situación de Enfermería en Colombia y el mundo exige a los profesionales de Enfermería abrir espacios de reflexión frente a los entornos de trabajo poco saludables que frenan los resultados o alejan a las enfermeras y, con demasiada frecuencia, las expulsan de determinados contextos o de la propia profesión; por ello, es necesario comprometerse con el desarrollo de estrategias de prestación del servicio de Enfermería de una forma renovada y acorde con las solicitudes de la profesión y de los usuarios (18).

Según lo sustentado los motivos para la crisis de Enfermería son variados, pero gran parte del problema radica en los entornos poco saludables y el deficiente ambiente organizativo que caracterizan a muchos lugares de trabajo. La situación descrita ha dado lugar a un deterioro de las características de las organizaciones en las que laboran los profesionales de salud en muchos países. Hay pruebas claras de que esto tiene en todo el mundo consecuencias negativas para la contratación y retención de los profesionales de salud, para la productividad y los resultados de las instituciones de salud, y, en definitiva, para los resultados conseguidos en los pacientes (14).

Las enfermeras y enfermeros en todo el mundo son proveedoras de servicios de primera línea y llenan el vacío que garantiza una atención de alta calidad y seguridad del paciente (4). De esta manera la preocupación por los ambientes o entornos de la práctica de Enfermería se convierten en un asunto inquietante para las organizaciones gremiales en diferentes lugares del mundo. Según la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, un entorno laboral saludable es un centro sanitario en el que se hace especial hincapié en la salud y el bienestar de las enfermeras y enfermeros, los resultados de pacientes o usuarios, el rendimiento de las instituciones, y los resultados para la sociedad. Así mismo, afirma que lograr entornos laborales saludables resulta primordial de cara a la seguridad, contratación y permanencia de los profesionales de Enfermería (19). Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermeras, especifica las siguientes características para los entornos de práctica saludable:

- Políticas de salud, seguridad y bienestar en el trabajo que traten los riesgos laborales, la discriminación, la violencia física y psicológica y los problemas de seguridad personal.
- Cargas de trabajo y demandas/estrés laborales normales y manejables.
- Un clima de la organización que refleje prácticas eficaces de dirección y gestión, un buen apoyo entre los compañeros, participación de los trabajadores en la adopción de decisiones, y valores compartidos.
- Planes y cargas de trabajo que permitan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida.

-
- Igualdad de oportunidades y de tratamiento.
 - Posibilidades de desarrollo y avance profesional.
 - Identidad profesional, autonomía y control de la práctica.
 - Seguridad en el trabajo.
 - Salario y beneficios adecuados.
 - Niveles seguros de dotación de personal.
 - Apoyo, supervisión y función de mentores.
 - Comunicaciones abiertas y transparentes.
 - Programas de reconocimiento.
 - Acceso a equipos, suministros y personal de apoyo idóneos (20).

Así, se hace necesario trabajar sobre la importancia de reconocer, medir y promover entornos de práctica saludable para los profesionales de Enfermería que lleven a mejorar sus condiciones y que se satisfagan las necesidades de los pacientes, quienes reclaman beneficios de cada encuentro con los actores del sistema de salud.

Ahora bien, ¿cómo se ha abordado esta problemática desde la perspectiva científica? Para encontrar respuestas a esta pregunta se realizó una búsqueda en la base de datos *Academic Search Complete* usando las palabras clave: *nursing, practice, environment*; la cual inicialmente arrojó un total de 116 artículos, de los cuales se presentan a continuación siete, seleccionados por tratarse de reportes de investigaciones que llevaron a cabo la medición de "Ambientes de Práctica de Enfermería" de entornos hospitalarios en diferentes partes del mundo, lo cual muestra nuevamente que la

preocupación por los ambientes de Enfermería ha generado estudios en diferentes países.

En el año 2012, Boev, teniendo en cuenta la vulnerabilidad y la complejidad de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), reconoció que los profesionales de Enfermería de servicios críticos tienen una responsabilidad importante para optimizar los cuidados y el bienestar de los mismos, lo cual da lugar a un complejo ambiente de trabajo. Por tal motivo se propuso examinar la percepción del paciente de la atención de Enfermería asociado con su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, así como describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del ambiente de trabajo dentro de una muestra definida en unidades de cuidados críticos de adultos, utilizando la Escala de Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería ("*PES - NWI*" por su nombre en inglés), además de estudiar la relación entre la percepción de las enfermeras y enfermeros del entorno de trabajo y la satisfacción del paciente hospitalizado en cuidados intensivos. El estudio, realizado en los Estados Unidos, consistió en la aplicación de 1532 Encuestas de Satisfacción del Paciente diseñada por *Ingersoll* a pacientes que se encontraban hospitalizados en la UCI o a sus cuidadores en los casos en los que los pacientes estaban incapacitados para responder, además se aplicaron 621 Escalas de Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería a igual número de profesionales. La investigación arrojó como resultado que los pacientes que participaron reportaron sentirse muy satisfechos con los cuidados de Enfermería, así como los profesionales de Enfermería encuestados mostraron una percepción favorable de su entorno laboral. De esta manera fue posible reconocer que existe una relación positiva entre estas dos variables (21).

En el mismo año Havens, Warshawsky y Vasey, de acuerdo en que los ambientes positivos para la práctica de Enfermería son fundamentales para proporcionar una atención de calidad, así como para garantizar el bienestar del personal y de la organización, decidieron abordar este aspecto en hospitales rurales de Estados Unidos; los expertos aseguran que la escasez de enfermeras y enfermeros en el área rural tiende a crecer y que los jefes de Enfermería de los hospitales rurales han expresado su alarma por la creciente tendencia de los profesionales de Enfermería a viajar desde sus comunidades rurales, para trabajar en los hospitales urbanos que ofrecen diversas funciones clínicas y de especialidad, más oportunidades para el progreso de la educación

y mayor salario / beneficios. Además, los autores justificaron su estudio basados en la importancia de ampliar el conocimiento acerca de los ambientes para la práctica en los hospitales rurales ya que hasta el momento es escasa la documentación de los mismos. Por lo anterior se hizo una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, con un componente metodológico, en la que aplicaron el instrumento "*PES - NWI*", una escala de uso frecuente identificada como una medida válida y fiable de la Enfermería en entornos para la práctica, a 1139 enfermeras que trabajaban en 6 hospitales rurales de Pensilvania. A partir de esto se confirmó la validez y confiabilidad del instrumento para la zona rural, indicando un grado aceptable de consistencia interna, reportada para cada subescala con un rango entre 0,79 a 0,86. Sumado a ello encontraron que la puntuación media en las 5 subescalas del "*PES - NWI*" estaba por encima del punto de corte de 2,5, lo que indicó que, en general los profesionales de Enfermería rurales sienten sus ambientes de trabajo como favorables. Los investigadores sugieren que los hallazgos pueden estar relacionados con la naturaleza de la práctica de Enfermería en los hospitales rurales, vislumbrando la necesidad de más investigaciones para comprender mejor las características contextuales de la Enfermería en los mismos (22).

En cuanto al continente europeo, en el año 2005 Bégat, Ellefsen y Severinsson realizaron un estudio en Noruega, uno de cuyos objetivos fue examinar la satisfacción que 71 enfermeras registradas presentaban con relación al entorno psicológico de su trabajo y su sensibilidad moral. Mediante el uso de cuestionarios, se determinó que los principales factores que influían en las profesionales eran el estrés y la ansiedad que surge a raíz de las condiciones propias de su desempeño. En otras palabras, afirma que el trabajo de Enfermería era estresante, lo cual implicaba reducción en la habilidad para brindar cuidados de salud adecuados a los pacientes además de crear efectos negativos en la satisfacción laboral (23).

Por su parte, en el año 2011, la Enfermera Isabel Orts hizo una investigación mediante la cual se propuso analizar los resultados de validez de contenido del cuestionario "*The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI)*" en 11 países de Europa (España, Bélgica, Grecia, Alemania, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y Reino Unido) y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales (español, griego, finlandés, holandés, polaco, sueco, italiano,

alemán, inglés y francés) a través del indicador *Content Validity Indexing* (CVI). Orts dio origen a la investigación teniendo en cuenta que el desarrollo de instrumentos transculturales para investigaciones internacionales (tanto desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa) es una cuestión necesaria y estudiada teórica y empíricamente por autores de Ciencias de la salud. Para calcular el Índice de validez de contenido el procedimiento llevado a cabo en este estudio fue: 1) se identificaron entre cinco y once expertos ($n = 122$), 2) se elaboró una aplicación informática donde los expertos completaron on-line sus respuestas o bien diligenciaron el formulario en un documento Word, 3) los expertos determinaron si cada uno de los ítemes era relevante a la población del estudio y si el formato de la pregunta era apropiado, para ello se calificaron los ítemes con una escala ordinal de cuatro puntos de 1 (irrelevante) a 4 (sumamente relevante). Basada en las respuestas dadas la autora calculó: *Item Level Validity Calculation* (I - CVI), Nivel de Validez del Ítem; *Modified Kappa Coefficient designating agreement on relevance* (K): Coeficiente Kappa Modificado, el cual designa la proporción de acuerdo a la relevancia del ítem y *Overall Scale Average* (S - CVI), que media de las puntuaciones de todos los I - CVI; el cual refleja la importancia global del instrumento. A partir de lo anterior, en general, la investigadora reporta que el S - CVI osciló entre 0,60 y 0,98, con un promedio global de las 14 versiones de 0,85 (demuestra que es un dato relevante por encontrarse dentro del Índice de Confiabilidad IC 95 %: 0,83 - 0,86 para el S - CVI), así mismo, informa el promedio del Kappa modificado con un valor de 0,820 (IC 95 %: 0,802 - 0,839), también dentro del rango. Se llegó a la conclusión de que la validez de contenido del “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*” resultó adecuada en las 13 de las 14 versiones de los países de ámbito europeo del estudio, lo que llevó a expresar la necesidad de mejorar el instrumento en determinadas versiones sin perder la posibilidad del uso transcultural (24).

De manera semejante, en un estudio realizado en 2012, con 535 enfermeras registradas que trabajaban en hospitales de Finlandia y los Países Bajos, se aplicó el instrumento “*Revised Nursing Work Index (NWI - R)*” con el objetivo de investigar la relación entre las características del entorno laboral y los resultados del trabajo de Enfermería. Hinno, Partanen y Vehviläinen - Julkunen, autores de dicho estudio, reportaron que había una relación directa entre la evaluación que las enfermeras hacían sobre las características de su entorno laboral y los resultados obtenidos a raíz de su trabajo. Se evidenció

además, que los factores más relevantes en los resultados positivos del trabajo se relacionan con la adecuación de los recursos así como un fuerte apoyo administrativo por parte de la organización (25).

Posteriormente, en el año 2011, Nantsupawat, Srisuphan, Kunaviktikul, Wichaikhum, Aungsuroch y Aiken, se preocuparon por el problema global de la escasez de enfermeras y enfermeros, y reconocieron que los hospitales con entornos de trabajo saludables y adecuada dotación de recursos, presentaban mejores resultados de Enfermería. Basados en esto, emprendieron un estudio en Tailandia con el fin de determinar el impacto del ambiente de trabajo y el equipo de Enfermería en los resultados de Enfermería, incluyendo la insatisfacción laboral y el desgaste, y el impacto en la calidad de la atención en los hospitales públicos de ese país. En el estudio fueron incluidas 8.222 enfermeras registradas de 39 hospitales públicos. Se aplicó a las participantes la Escala de Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería ("*PES - NWI*" por su nombre en inglés), para medir el ambiente laboral de los profesionales de Enfermería; la escala de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI - HSS)*, para medir burnout; y un ítem valorado con una escala de *Likert* para medir Satisfacción laboral y otro para Calidad del cuidado. La investigación reportó que la calidad de la labor de Enfermería en Tailandia varía de un hospital a otro; sin embargo, la falta de personal y los recursos eran las principales preocupaciones de los profesionales de Enfermería, mientras que las relaciones enfermera - médico, en general, fueron positivas. Este estudio indicó que casi una de cada cuatro enfermeras no estaba satisfecha con su trabajo y cerca del 40% de las enfermeras del estudio experimentaron burnout alto. Estos resultados muestran la importancia de la adecuada dotación de recursos de personal, así como el desarrollo de ambientes de trabajo que disminuyan el desgaste de Enfermería y permitan mejorar la calidad del cuidado. Los resultados sugieren que generar cambios en los aspectos mencionados puede traer importantes beneficios para los pacientes tailandeses en términos de una mejor calidad de la atención y la retención de una fuerza de trabajo cualificada en los hospitales públicos (26).

Otro estudio realizado en el año 2012 por McCoach y Crookes, tuvo como objetivo medir las características organizacionales que impactan sobre el "magnetismo" en los centros de salud de Australia, mediante la aplicación de la escala *NWI - R*. Los resultados

confirmaron que los profesionales consideraban como características de los hospitales imán o magneto, la calidad en la atención y el nivel de apoyo de la dirección de su lugar de trabajo, así como el liderazgo de Enfermería y las buenas relaciones con otros profesionales de la salud. Sin embargo, las 535 enfermeras encuestadas consideraron tener insuficientes recursos en su entorno laboral y como resultado se mostraron menos satisfechos con su lugar de trabajo. El estudio concluye que fue productivo reconocer las características que deben tener los Hospitales Magnéticos en Australia para apoyar la planificación y desarrollo de la organización, los administradores y gerentes de gobierno, con el fin mejorar la retención del personal (27).

Para el caso de Colombia, se encontró que la enfermera Cardona, en el año 2011, en la búsqueda de fijar las pautas para estudios que permitieran identificar si las instituciones de salud colombianas reúnen las características organizacionales que las puedan llevar a alcanzar la excelencia en los cuidados y que se reconozcan como Hospitales Magnéticos; llevó a cabo un estudio sicométrico que permitió determinar la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento: “*PES - NWI: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*” (Lake, 2002). Según lo reportado por la autora, se encuentra que dados los resultados del análisis de factores en las pruebas de validez de constructo, se hace necesaria una nueva conformación de las categorías o dominios, diferentes a las establecidas en la creación del instrumento; sin embargo, la investigadora reporta que el instrumento es válido en su contenido, válido de manera global para medir el constructo “Ambiente de Práctica” y resulta confiable en cuanto a su consistencia interna, reportando un α de Cronbach de 0,89 para este estudio(28).

En síntesis, cada una de las investigaciones apunta al reconocimiento y elaboración de entornos de práctica saludable para Enfermería, que les permitan a todas las profesionales sentirse satisfechas con su labor en el lugar y cargo que desempeñan, así como manifestar estas condiciones al brindar un cuidado de calidad a todos los pacientes, de forma tal que se generen beneficios tanto para los profesionales, como para los pacientes y las organizaciones.

1.1 Planteamiento del problema

En el apartado anterior se presenta el origen de la preocupación por los entornos o ambientes de práctica de Enfermería, un asunto que inquieta tanto a organismos de salud internacionales como a organizaciones gremiales de Enfermería por los efectos que éstos tienen en el ejercicio profesional, en la escasez de enfermeros y en los resultados en los pacientes.

En el contexto colombiano esta preocupación resulta relevante no sólo a los organismos rectores del sistema sino a educadores e instituciones hospitalarias. Así, la situación actual se constituye en un llamado a que las investigaciones en Enfermería dirijan su mirada a una problemática que ha generado grandes dificultades para el buen desarrollo de la profesión, y encaminen esfuerzos para identificar las características de las organizaciones en las que labora Enfermería y que afectan directamente los resultados en los pacientes y su bienestar.

Sin embargo, a la fecha no se cuenta con información completa respecto a los diferentes aspectos relacionados con los ambientes de práctica. Los estudios acerca del tema son escasos y la mayoría de investigaciones existentes se han llevado a cabo en contextos diferentes al de Colombia, en donde actualmente no se cuenta con un instrumento válido que permita medir de manera confiable los entornos para la práctica. Si bien en este sentido se ha avanzado, con la tesis de "Validación de la Versión en Español del Instrumento: *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*" ("*PES - NWI*" o "Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería"), los resultados de este proceso de validación muestran un desajuste en términos de validez de constructo que impiden la aplicación inmediata del instrumento (28).

El instrumento original plantea 5 categorías: La primera de ellas, participación del profesional en la institución, contiene 9 ítems: 5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27 y 28 (28).

La segunda categoría reúne 10 ítems: 4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30 y 31. Estos ítems miden la calidad del cuidado brindado, el seguimiento al mejoramiento, la capacitación y formación del personal buscando indicadores de calidad. La tercera categoría, liderazgo y gestión del profesional, contiene 5 ítems: 3, 7, 10, 13 y 20. La

cuarta incluye 4 ítems que dan referencia sobre los recursos adecuados y suficientes para brindar cuidado: 1, 8, 9 y 12. La quinta y última categoría reúne 3 ítems: 2, 16 y 24, que definen las relaciones positivas interdisciplinarias y relaciones de práctica conjunta (28).

Sin embargo, el adaptado a Colombia muestra, mediante rotaciones *Varimax* y *Orthomax*, 9 factores, Figura 1-1 y Figura 1-2.

Figura 1-1: Análisis de factores libre con rotación *Varimax* (28).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9
ANALISIS DE FACTORES CON ROTACION ORTOGONAL "Varimax" con números de factores libre.	3,6,7,10,11, 20,21,28	18,19, 25,26	2,16,24	1,5,13,14, 17	23,27	15, 22, 30	4,9,12	8, 29	31

Fuente: Cardona, Validación de la versión en español del instrumento: "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index" ("PES - NWI" o "Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería"), 2011.

Figura 1-2: Análisis de factores libre con rotación *Orthomax* (28).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9
ANALISIS DE FACTORES CON ROTACION ORTOGONAL "Orthomax" con números de factores libre.	3,6,7,10,11,20, 21,28	18,19,25, 26	2,16,24	1,5,13, 14, 17	23, 27	15,22,30	4,9,12	8,29	31

Fuente: Cardona, Validación de la versión en español del instrumento: "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index" ("PES - NWI" o "Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería"), 2011.

Figura 1-3: Análisis de factores con "n = factor (5)" (28).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
ANALISIS DE FACTORES n= factor (5)	2,3,4,5,7,10,11, 13,14,15,16,17, 18,19,20,21,22,2 3,24,27,28	1,6,8,12,25,26, 30	29	9,31	

Fuente: Cardona, Validación de la versión en español del instrumento: "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index" ("PES - NWI" o "Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería"), 2011.

Y en un análisis adicional, en el que se controló el número de factores con la opción "*n = factor*", estableciendo el número de los factores a rotar en 5; tal como los dominios representados por Lake en su estudio original, Cardona encontró que 21 de los 31 ítemes considerados cargan a un solo factor (28), Figura 1-3.

Lo expuesto, permite visualizar que el análisis de constructo del instrumento en Colombia es susceptible de mejora, situación que podría obedecer a diferentes circunstancias: desajuste del instrumento con la teoría, diferencias en el contexto y debilidades en el proceso de adaptación, en términos de lenguaje y gramaticales. Considerando que, ajustar un instrumento implica la ejecución de operaciones destinadas a llevarlo a un estado de utilización (29), bajo las condiciones existentes, resulta apropiado analizar el desajuste del instrumento con relación a la validez de constructo que exhibe, de tal manera que sea posible determinar si es aplicable o no en el contexto colombiano. Esto incluye el análisis del fundamento teórico del instrumento, como se presenta más adelante.

1.2 Justificación

Como se expuso en los apartados previos, los ambientes o entornos de práctica de Enfermería son un asunto de enorme importancia a nivel mundial, regional y nacional ya que, además de afectar la práctica de la Enfermería tienen repercusiones de difícil manejo en la estabilidad de la profesión, pues las enfermeras y los enfermeros, con facilidad, llegan a presentar inconformidad con su labor, debido a las grandes dificultades que se evidencian para brindar un buen servicio. La insatisfacción laboral y las intenciones de cambiar de cargo o incluso de profesión, comienzan entonces a generar nuevos cambios para los profesionales, dando paso a la escasez de enfermeros que quieran trabajar bajo las características que definen los ambientes de práctica actuales.

La revisión de las investigaciones que se han llevado a cabo en torno a este fenómeno, confirman las preocupaciones presentadas por organismos nacionales e internacionales con respecto a los efectos que tiene sobre la práctica profesional la reducción de enfermeros dispuestos a trabajar en su profesión bajo estas condiciones y, por supuesto, los efectos que esto a su vez tiene en el sistema de salud y en la sociedad en su

conjunto. Sin embargo, en la revisión de la literatura no se encontraron estudios realizados en Colombia sobre este fenómeno; por ende, en otras palabras, hasta la fecha en el contexto colombiano no se dispone de una investigación en la que se aborde este asunto, lo cual se explica probablemente en que sólo hasta el año 2011 se hicieron pruebas psicométricas para hacer la validación de un instrumento para medir los ambientes o entornos de práctica de Enfermería en el contexto colombiano. El estudio constituyó una primera aproximación para trabajar en el ajuste del instrumento, una tarea que requiere ser continuada.

Evidentemente, si se espera trabajar sobre ambientes de práctica saludables en nuestro contexto, será necesario trabajar en el ajuste del instrumento, si eso fuera posible, para que con él pueda medirse este fenómeno, de manera que sea posible avanzar en la búsqueda de mejores ambientes para retener a los profesionales y atraer otros nuevos.

Así, este estudio se justifica en la medida en que permitirá avanzar en el desarrollo de un instrumento válido que brinde la posibilidad, en futuras investigaciones, de reconocer los ambientes para la práctica de Enfermería, creando una base para la búsqueda de evidencias que ayuden a desarrollar estrategias para articular mejoras en las características propias de las organizaciones en las que laboran los profesionales de Enfermería con mejores resultados, dando lugar a entornos positivos para la práctica y a profesionales que se sientan satisfechos de laborar en el área de la salud, y más aún que se comprometan con el objetivo de prestar un servicio de calidad a la población en general.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se explica el desajuste con relación a la validez de constructo que presenta el instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*”, validado para el contexto colombiano en el año 2011?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Explicar el desajuste, con relación a la validez de constructo, que presenta el instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: "*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES - NWI*", validado para el contexto colombiano en el año 2011, con el objeto de determinar si es aplicable o no al contexto colombiano.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir el ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente.
- Identificar similitudes y diferencias entre los contextos en los que se validó el instrumento, a saber: contexto americano y contexto colombiano.
- Identificar posibles desajustes del instrumento en su versión en español, relacionados con la estructura gramatical de cada uno de los ítemes.

La consecución de cada uno de los objetivos específicos se da en virtud del cumplimiento del objetivo inmediatamente anterior, en el orden establecido.

1.5 Impactos esperados

Se mencionan a continuación los diferentes niveles en los que el trabajo tendría utilidad.

El interés de medir en salud se relaciona con la necesidad de evaluar la atención que se brinda (30) y de hallar alternativas de mejoramiento de las condiciones que se puedan encontrar. La presente investigación espera contribuir con la producción de un instrumento de calidad, acorde al contexto colombiano, el cual permitirá avanzar en el reto de la medición en Enfermería de una forma confiable, dando lugar a mediciones precisas de los problemas de la disciplina, para el caso, de los ambientes de práctica.

Adicionalmente, la presente investigación marcará la pauta para el reconocimiento, promoción y desarrollo de entornos positivos para la práctica de Enfermería en Colombia, dando lugar a planes y proyectos que permitan la investigación y el mejoramiento de los ambientes laborales y por ende de la práctica de la disciplina.

Aportará al desarrollo de conocimiento científico que impulse al adelanto de estudios disciplinarios que aporten al mejoramiento de los entornos de la práctica de Enfermería, incluyendo en los mismos espacios para el desarrollo de investigaciones.

El trabajo permitirá además determinar estrategias que promuevan el mejoramiento de la práctica de Enfermería, inclusive en espacios más académicos que laborales, los cuales permitan a docentes y estudiantes el desarrollo de sus actividades académicas dentro de espacios más favorables.

Por otra parte, una investigación sobre los entornos de práctica podrá aportar al aumento del prestigio de la profesión de Enfermería mediante la creación de ambientes laborales saludables que impulsen a nuevos universitarios a inclinarse por el estudio y desempeño de la profesión pensando en las adecuadas características de las organizaciones que se encuentren dentro de la práctica profesional.

Este trabajo ayudará a la comprensión de los entornos laborales de los profesionales de Enfermería, para luego buscar asociaciones con los resultados de la salud de los pacientes y los resultados de la organización y el sistema.

Se espera también poder establecer un punto de inicio para reconocer las cuestiones que en Colombia pueden estar relacionadas con la problemática mencionada y de esta manera aportar a las estrategias que se están implementando a nivel mundial para contrarrestarla.

Finalmente, esta investigación podrá aportar a la exploración de los entornos de práctica saludable dentro del sistema de salud colombiano, de forma tal que les permita a los entes reguladores establecer formas efectivas para procurar la mejora de los mismos, y por ende contribuir al mejoramiento de la salud de la población colombiana.

2.Marco teórico

Este capítulo contiene la descripción de las teorías que conllevan al desarrollo de esta investigación. Inicialmente se presentan las características ejemplares de los Ambientes de Práctica de Enfermería, en las cuales se basó la autora del instrumento “*PES - NW*” para su desarrollo. Posteriormente, se describe el proceso para la formación de un instrumento de medición de actitudes, el cual se basa en teorías psicométricas.

2.1 Ambientes de práctica de Enfermería

El ambiente de práctica de Enfermería se define como las características organizacionales de un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica de la Enfermería profesional; algunos ejemplos de esto incluyen la naturaleza de las relaciones con los administradores y médicos y el estatus de la Enfermería dentro de la jerarquía hospitalaria. El constructo de "Ambiente de Práctica de Enfermería" presenta complejidad a la hora de ser conceptualizado y medido; sus fundamentos teóricos se encuentran en la sociología de las organizaciones, de las ocupaciones y del trabajo. Sin embargo, para el desarrollo del instrumento “*PES - NW*”, cuyo propósito fue medir ese constructo, la enfermera Eileen T. Lake, su autora en el año 2002, en lugar de desarrollar un nuevo conjunto de características organizacionales relevantes teóricamente, usó las ya existentes en el “mundo real”. De esta forma fue como su trabajo se basó en los conceptos que Kramer y Hafner y Kramer y Schmalember habían postulado acerca del constructo de interés, así como en las características que le han dado a los Hospitales Magnéticos la reputación como entornos ejemplares favorables para la práctica profesional de la Enfermería (31).

2.1.1 Satisfacción en el trabajo y retención del personal de Enfermería

Varios son los aspectos que contribuyen en la satisfacción el trabajo en Enfermería (32):

- Estructura organizacional: personal, salario, horarios de trabajo, beneficios adicionales, servicios de apoyo, ambiente, la mezcla de personal.
- Práctica profesional: relaciones personales con médicos y otros profesionales, independencia laboral, sistema de entrega de cuidado de Enfermería, oportunidades de especialización, percepción de la importancia y el significado de la Enfermería.
- Estilo administrativo: la forma en la que la organización y el departamento de Enfermería funcionan; estilo, clima, participación administrativa, visibilidad y acceso a los líderes.
- Calidad del liderazgo: atributos y cualidades de los comportamientos de los líderes como: soporte administrativo, responsabilidad y expectativa, calidad de la administración de Enfermería y oportunidades de interacción formales e informales.

Los anteriores son aspectos de vital importancia para el diseño y mantenimiento de ambientes de práctica de Enfermería que estén en la capacidad de generar satisfacción laboral en las enfermeras y enfermeros y por ende evitar la deserción de sus trabajos.

2.1.2 Atributos de excelencia para ambientes de práctica de Enfermería

Basadas en los postulados de Peters y Waterman, quienes en su libro "En busca de la Excelencia" plantearon los atributos de la excelencia, que deben estar presentes en una empresa con adecuado funcionamiento, las Enfermeras Kramer y Schmalemborg, realizaron una analogía que dio lugar a los siguientes atributos de la excelencia, propios de un hospital que fomenta la satisfacción con el trabajo y que resulta atractivo para el personal de Enfermería (33).

- ¿Se encuentra en el hospital "tendencia a la acción"? Esto incluye disposición para tomar riesgos y fallar.

- ¿El hospital mantiene relaciones cercanas con el consumidor? Para la organización es de extrema importancia la calidad del producto entregado (cuidado al paciente).
- ¿El hospital fomenta en los profesionales de Enfermería autonomía y espíritu empresarial? Entiende a los profesionales de Enfermería como independientes, competentes en la toma de decisiones, dándoles vía libre para que ellas tengan la posibilidad de actuar de acuerdo a sus conocimientos.
- ¿El hospital cree en la productividad de las personas que en él laboran? Los líderes se centran en el bienestar de los profesionales de Enfermería, se comprometen y trabajan por esto.
- ¿Se podría considerar que el hospital se caracteriza por mantener el control de sus valores? Los líderes crean, clarifican y generan entusiasmo por los valores y se aseguran de que sean puestos en acción.
- ¿El hospital tiene una forma organizacional simple? Fluida, informal, radicalmente descentralizada, con pocos niveles administrativos.
- ¿El hospital tiene una organización simultáneamente flexible y rígida? En otras palabras el hospital se enfoca específicamente en la construcción y promoción de sus valores, pero permite a los empleados tener autonomía en sus comportamientos para cumplir con esos valores.

2.1.3 Principios para un ambiente de práctica de Enfermería magnético

El estudio realizado por Kramer y Schmalember y las características del primer hospital magnético, demostraron los patrones de efectividad en la organización (de salud). A partir de esos patrones se han sintetizado 6 principios que crean un ambiente magnético para el personal de Enfermería que trabaja en los hospitales (33):

- Una cultura de excelencia y reconocimiento está asociada con el estatus salarial y la descompresión salarial.

Con un estatus salarial adecuado el personal se encuentra motivado para la realización de su trabajo, no importa cuánto tiempo éste le pueda llegar a tomar. Adicionalmente, es importante que las enfermeras y enfermeros encuentren en sus labores la compensación por educación, años de experiencia, calidad del trabajo, ya que esto genera reconocimiento del esfuerzo que se ha llevado a cabo (33).

- La participación y el compromiso, que finalmente fomentan satisfacción con el trabajo y productividad, por medio de la auto-administración y los grupos de trabajo cohesivos.

La auto-administración se promueve de dos formas, en primer lugar eliminando las capas burocráticas y estableciendo el compromiso con un gobierno propio, en el que no se necesite de la vigilancia continua y la presión de superiores para lograr el buen desempeño de las profesionales, sino que se permita el autocontrol por parte del personal; en segundo lugar, por medio del empoderamiento de los profesionales de Enfermería, es decir, darles a las enfermeras y enfermeros responsabilidad, autoridad y libertad para que ellas estén en la capacidad de actuar basadas en su conocimiento (33).

- La autonomía de las profesionales de Enfermería.

La supervisión excesiva no solo es dispendiosa sino que ahoga la creatividad, la autonomía y la productividad. Reducir el número de niveles jerárquicos en la organización, no más de cinco niveles, idealmente tres, es un escenario perfecto para el empoderamiento y la autonomía de los profesionales de Enfermería, lo que lleva directamente a encontrar mejores niveles de satisfacción con el trabajo, retención del personal, y productividad (33).

- La administración y los líderes de Enfermería deben fomentar visión, entusiasmo y toma de riesgos.

Este principio está basado en dos conceptos. El líder necesita crear una cultura visionaria y un clima en el cual los valores principales de la organización no solo estén escritos sino

también vivos; y el departamento de Enfermería, como cada enfermera y enfermero individualmente, deben ser apoyadas completamente por la organización (33).

- Todo lo anterior, además de un alto grado de especialización clínica, genera un concepto de sí mismo positivo y un alto grado de autoestima en los profesionales de Enfermería.

Estatus salarial, equipos que se administran a sí mismos, empoderamiento, desburocratización, liderazgo visionario, y ambientes adecuados para la toma de riesgos, crean un concepto del rol del personal de Enfermería competente, orgulloso y valeroso. Con este punto de vista acerca de sí mismos los profesionales de Enfermería hacen mejor su labor y disminuyen los índices de deserción. En suma, es importante mantener el nivel de especialización dentro de las enfermeras y enfermeros, lo cual les lleva a presentar una mejor percepción de la habilidad para entregar cuidados de calidad. La especialización clínica debe ser promovida por el mismo gerente o administrador de la organización (33).

- Finalmente, no es uno de estos principios el que crea ambientes magnéticos, sino todo juntos operan para ello.

La cuestión para el diseño de instituciones magnéticas no es solo la aplicación de uno o dos de estos principios, este proceso incluye la síntesis de todos ellos (33).

2.1.4 Medición de los ambientes de práctica de Enfermería: Desarrollo del “*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI)*”

Desde el año 1981 en Estados Unidos, se puso de manifiesto el problema que le significaba al sistema de salud y al bienestar de los pacientes, la escasez de profesionales de Enfermería que se empezaba a notar en ese momento. Fue esa la motivación de Margaret McClaure, Muriel Poulin y Margaret Sovie para dar inicio a una investigación que les permitiera identificar una muestra nacional de hospitales que estuvieran en la capacidad de atraer y retener profesionales de Enfermería (“Hospitales Magnéticos”) y reconocer los factores que se pudieran asociar con esta habilidad (34).

En principio se identificó una muestra nacional de Hospitales Magnéticos así: se interrogaron becarios de la Academia Americana de Enfermería (*American Academy of Nursing*) y se les solicitó que nominaran entre 6 y 10 hospitales de todo el país que consideraran podrían ser potencialmente magnéticos teniendo en cuenta las siguientes características (34):

- Los profesionales de Enfermería consideran el hospital como un buen lugar para trabajar.
- El hospital tiene la habilidad de reclutar y retener personal, según la evidencia de baja tasa de rotación.
- El hospital está localizado geográficamente de forma tal que hay bastante accesibilidad para llegar a éste.

Un total de 165 instituciones fueron nominadas por los becarios y a todos se enviaron cartas presentando el proyecto y solicitando autorización para participar en su desarrollo, 155 respondieron, estos fueron analizados con respecto a su capacidad de reclutamiento y retención del personal. Al finalizar, 41 hospitales se incluyeron en la segunda fase de la investigación (34).

En la segunda parte del estudio se realizaron entrevistas grupales al personal de Enfermería de los hospitales seleccionados (una sesión para los directores y otra para el personal) con el propósito de identificar las variables asociadas con el éxito de las instituciones en el reclutamiento y retención del personal. Los datos obtenidos en este proceso fueron analizados y a partir de esto se establecieron las categorías y subcategorías mostradas en la Tabla 2-1 (34):

A la postre, las investigadoras llegaron a la conclusión de que los Hospitales Magnéticos son una combinación de elementos que crean un ambiente de práctica positivo. Más que una estrategia, es la calidad de administración y liderazgo lo que distingue esas instituciones.

Tabla 2-1: Categorías y subcategorías en el estudio de “*Magnet Hospitals 1983*” (34).

Administración	Estilo de gestión
	Calidad de liderazgo
	Estructura organizacional
	Cantidad de personal de Enfermería
	Políticas personales
Práctica profesional	Calidad del cuidado al paciente
	Aprendizaje
	Imagen de Enfermería
Desarrollo profesional	Orientación
	Educación continua
	Educación formal
	Desarrollo de la carrera

Fuente: McClure, Poulin, Sovie, Wandelt, *Magnet Hospitals - Attraction and Retention of Professional Nursesmagnet, 1983.*

Ocho años más tarde, las Enfermeras Marlene Krammer y Laurin Hafner llevaron a cabo la investigación “*Shared Values: Impact on Staff Nurse Job Satisfaction and Perceived Productivity*”, con el propósito de comprobar el grado en el cual las enfermeras de diferentes niveles en el departamento de Enfermería, en diferentes tipos de hospitales, reportan un sistema de valores compartidos y la relación congruente entre ese sistema de valores y la percepción de un ambiente conductivo a la calidad de cuidado de

Enfermería. De acuerdo a lo anterior, se plantearon tres hipótesis: a. El staff de Enfermería y las cabezas de Enfermería tienen la congruencia más alta de los valores del trabajo (sentimientos positivos); b. hay diferencia en el grado de congruencia en los valores de trabajo entre los miembros del departamento de Enfermería de los diferentes hospitales; y c. cuanto mayor es la congruencia en los valores del trabajo, más grande es la satisfacción de Enfermería y la percepción de productividad (35).

Como instrumento para la consecución de los objetivos planteados se implementó el "*Nursig Work Index – NWI*", una herramienta desarrollada por las mismas investigadoras Marlene Krammer y Laurin Hafner, el cual contó con 65 ítemes, valorados con una escala de Likert. El instrumento se diseñó con una estructura que permitiera medir cuatro variables (35):

1. Valores del trabajo relacionados con la satisfacción del personal de Enfermería (35).
2. Valores del trabajo relacionados con la productividad percibida (35).
3. Satisfacción en el trabajo del personal de Enfermería (35).
4. Percepción, por parte del personal de Enfermería, de un ambiente capaz de conducir a la calidad de cuidado (35).

En consecuencia, se presentó una lista exhaustiva de los factores que influían en la satisfacción del trabajo y en la percepción del ambiente que conduce a la calidad del cuidado de Enfermería. Los ítemes usados para la creación de esta herramienta fueron extraídos de las características listadas y discutidas en la investigación sobre los Hospitales Magnéticos y de una revisión exhaustiva de investigaciones como SRA, 1962; White y MacGuire 1973; Ulrich 1978; Price y Muller, 1981; Stamps y Piedmonte, 1986, las cuales se relacionan con la satisfacción en el trabajo. Adicionalmente, tres de las cuatro personas participaron en la investigación original de los Hospitales Magnéticos, criticaron y asesoraron el *NWI* para complementar la validez de contenido (35).

Para completar el instrumento se escogió una muestra de enfermeras con distintos grados de responsabilidad: 130 enfermeras gestoras (*top managers*); 224 expertas clínicas (*clinical experts*); 308 supervisoras (*head nurses*), de 24 hospitales estadounidenses, que respondieron las siguientes tres declaraciones para cada ítem:

- a. "Esto es importante para mi satisfacción en el trabajo".
- b. "Esto es importante para que yo sea capaz de dar atención de calidad al paciente".
- c. "Este factor está presente en mi actual situación laboral".

Para cada una de estas tres declaraciones, la enfermera respondió en una escala Likert de 4 puntos, con opciones que van de 4 (totalmente de acuerdo) a 1 (muy en desacuerdo) (24,36). Kramer y Hafner reportaron buena consistencia interna de las subescalas "NWF", Tabla 2-2.

Tabla 2-2: Escalas y sus coeficientes Alfa de validez interna del "NWF" (35).

<i>Job Satisfaccion Values (JSV)</i>	Valores del trabajo relacionados con la satisfacción del personal de Enfermería.	0,921
<i>Perceived Productivity Values (PPV)</i>	Valores del trabajo relacionados con la productividad percibida.	0,928
<i>Job Satisfaccion (JS)</i>	Satisfacción en el trabajo del personal de Enfermería.	0,894
<i>Perception of an environment conducive to quality nursing care (PP)</i>	Percepción, por parte del personal de Enfermería, de un ambiente capaz de conducir a la calidad de cuidado.	0,895

Fuente: Kramer y Hafner, *Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity*, 1991.

Las autoras de esta investigación basaron su marco teórico en el autor de "*The Human Group*", Homans, G. C.(1950), quien hace referencia a la importancia de un sistema de valores compartidos para la vida en grupo y en la organización; también describe tres elementos definitorios del comportamiento del grupo: sentimiento, vínculo afectivo; interacción, condición que resulta cuando una actividad de una persona es seguida o estimulada por una actividad de otra; actividad, funciones, comportamientos y movimientos demandados por el trabajo o necesarios para la existencia del grupo. Así mismo, explica que para los miembros de un grupo, la frecuencia de interacción deja un sentimiento positivo que motiva una actividad efectiva para el propósito del grupo. Para su investigación, las autoras Marlene Krammer y Laurin Hafner definieron actividad como: la percepción de que los factores importantes para la producción de calidad en el cuidado de Enfermería y la satisfacción en el trabajo están presentes en el ambiente de práctica (35).

Al finalizar esta investigación, las estudiosas describen la imposibilidad para comprobar las hipótesis planteadas, ya que para el caso de las hipótesis a. y c. los datos no fueron suficientes, y en el caso de la hipótesis b. no fue posible conocer con exactitud la respuesta ya que en el curso de la investigación, los hospitales tuvieron que reagruparse, lo que imposibilitó comprobar esta suposición (35).

Consecutivamente, en el año 2000, Linda Aiken y Patricia Patrician reportaron nuevamente la necesidad de investigaciones sobre el ambiente de cuidado de Enfermería que permitieron reconocer las características asociadas a ese ambiente de práctica, explicando que los resultados de Enfermería, de los pacientes y de la organización, se afectan directamente por el ambiente en el que se entrega el cuidado de Enfermería, lo que justificó el diseño de un instrumento adecuado para medir aspectos del ambiente de práctica profesional. Así, seleccionaron el *NWI* como la base para el desarrollo de un instrumento para estudiar las características organizacionales que se encuentran en los modelos profesionales de la práctica de Enfermería, estas autoras supusieron que debido a que los ítemes del *NWI* se derivan de las características de los Hospitales Magnéticos, se puede afirmar que el mismo es un indicador para determinar el grado en que un entorno de atención de Enfermería es considerado un entorno de práctica profesional. Refieren que el *NWI*, más que medir la satisfacción laboral de las enfermeras o la calidad percibida de la atención, tiene el potencial para medir la

"*presencia*" de ciertos rasgos de la organización, así, lo determinaron como una buena opción para obtener la medición del Medio Ambiente en la Práctica de Enfermería Profesional. Sin embargo, argumentaron que el *NWI* tuvo que ser modificado ya que en un principio este instrumento se utilizó de una manera muy diferente de lo previsto, porque no se usó para medir las características de las enfermeras. Por lo tanto, la estructura básica de *NWI* fue rediseñada para crear el *Revised Nursing Work Index (NWI - R)* (36).

De este modo, la primera modificación se encuentra en que las dos declaraciones de "valor" se eliminaron, y sólo la declaración de "presencia" se retuvo (es decir, "Este factor está presente en mi situación laboral actual"). Además, se realizó una revisión conceptual del *NWI*, que generó la construcción del *NWI - R* compuesto por 57 ítems (55 que se conservaron del *NWI*, uno que se modificó a partir del mismo y uno más que se adicionó). Así mismo se determinaron conceptualmente 4 subescalas que surgieron de la revisión de autores como Baggs, Ryan, Phelps, Richeson, y Johnson, 1992; Grindel *et al.*, 1996; Hoffart & Woods, 1996; Knaus, Draper, Wagner, y Zimmerman, 1986; Zelauskas y Howes, 1992; quienes, según las autoras, sugieren los atributos de las organizaciones que caracterizan un ambiente de práctica profesional de Enfermería, los cuales son: autonomía, control del ambiente de trabajo, relación personal con los médicos y apoyo de la organización (36), Tabla 2-3.

Tabla 2-3: Subescalas "*NWI - R*" (36).

SUBESCALAS "<i>NWI-R</i>"	
Autonomía	Ítems 4, 6, 17, 24 y 35
Control del ambiente de trabajo	Ítems 1, 11, 12, 13, 16, 46, 48
Relación personal de los profesionales de Enfermería con los médicos	Ítems 2, 27 y 39
Apoyo que reciben los profesionales de Enfermería por parte de la organización	Ítems 1, 2, 6, 11, 12, 13, 24, 27 y 48

Fuente: Aiken y Patrician, *Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index*, 2000.

Posterior a su diseño, el *NWI - R* fue aplicado con el objetivo de determinar si existían diferencias en los resultados del paciente, (grado de satisfacción y mortalidad) con relación a los resultados de los profesionales de Enfermería (grado de burnout y frecuencia de eventos adversos). Se pretendía justificar que la presencia en la organización de los rasgos que mide el *NWI - R* se asociaba a mayor satisfacción y tasas de mortalidad más baja, así como mejor personal de Enfermería (36). Con tal intención, el instrumento fue aplicado en una muestra comprendida por personal de Enfermería que trabajaba en instituciones de Pensilvania ($n = 11636$) (31), en 40 unidades de 20 hospitales en ese Estado, en donde se determinó una buena consistencia interna reflejada en un Alfa de Cronbach global de 0,96, y que osciló entre 0,84 y 0,91 para las diferentes subescalas. Las autoras concluyeron que el *NWI - R* estaba en la capacidad de capturar los atributos organizacionales del ambiente de práctica de Enfermería (36).

Finalmente, en el año 2002 se publicó el estudio "*Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*", por Eileen Lake, en el que se describe la más reciente modificación al instrumento que se nombró "*PES - NWI*", la cual se llevó a cabo con el objetivo de desarrollar una escala entorno de la práctica ("*PES*") basada en el "*NWI*". El propósito principal fue desarrollar una escala psicométricamente parsimoniosa con subescalas derivadas empíricamente; y el propósito secundario fue proporcionar valores de referencia para los hospitales modelo originales sobre los cuales se había desarrollado "*NWI*". De esta forma la escala sería capaz de permitir a los investigadores discernir la contribución que aporta el ambiente de práctica a los resultados de Enfermería y de los pacientes, de forma tal que los administradores tuvieran la posibilidad de comparar sus propios resultados con los valores de referencia, identificar aspectos de su ambiente de práctica de Enfermería e implementar procesos de mejoramiento; basado siempre en las consideraciones teóricas que subrayan el constructo "*Ambiente de Práctica de Enfermería*" definido por la autora en su artículo como: "*las características organizacionales de un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica de la Enfermería profesional*". Para esa investigación se tomaron en cuenta las dos muestras de las investigaciones previas (31):

- La primera, seleccionada e investigada en 1989 por Krammer y Hafner para el desarrollo del *NWI*.

- La segunda, tomada en 2000 por Aiken y Patrician para la elaboración del “*NWI - R*”. A partir de esto, se llevó a cabo una investigación que tuvo en cuenta estas 5 fases:

1. *Involucramiento los ítemes del “NWI”*

El “*NWI*” fue analizado, y a partir de esto se extrajeron 48 de los 65 ítemes los cuales se consideraron por su relación con la definición de entorno para la práctica; es de anotar que de estos 48 ítemes seleccionados 45 coincidían con la selección realizada por Aiken y Patrician en el 2000 para el “*NWI - R*” (31).

2. *Análisis factorial*

Se llevó a cabo un análisis factorial con el fin de establecer las subescalas que representarían los dominios del ambiente de práctica de Enfermería en el nuevo instrumento. Esto condujo a una estructura de 5 subescalas, las cuales fueron nombradas con base en la interpretación conceptual de cada grupo de ítemes en el contexto de los Hospitales Magnéticos; en esta estructura generada 31 de los 48 ítemes seleccionados fueron retenidos (31), Tabla 2-4.

3. *Confiabilidad de las subescalas*

Se encontró que el instrumento tuvo una alta fiabilidad, a nivel individual se evidenció una consistencia interna de Alfa de Cronbach $\geq 0,80$, excepto la escala de relaciones entre colegas e interdisciplinarias que fue de 0,71; la fiabilidad a nivel hospital se calculó con un Promedio de Correlación Interítem de 0,64 a 0,91 y un ICC (1,k) de 0,88 a 0,97 (31).

4. *Validez de constructo de las subescalas y el componente de medida del Ambiente de Práctica de Enfermería*

Se evaluó comparando los puntajes de las muestras de los Hospitales Magnéticos y los No Magnéticos. Se construyó una matriz correlacional entre las subescalas generadas. Una correlación menor a 0,60 sugeriría suficiente independencia entre las subescalas: se encontró una correlación moderada ($r = 0,34$ a $0,65$). Finalmente se determinó una varianza específica para cada subescala, que resultó modesta (rango = 22 % - 43 %), justo entre el 20 % - 40 % para cada escala podía interpretarse como independiente de las demás; en todos los casos la varianza específica excedió el error de varianza (33).

Tabla 2-4: Subescalas resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) del estudio de Lake, 2002 (31).

SUBESCALAS DEL “PES - NWI” RESULTANTES DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO	
Participación del profesional en la institución y valor de la contribución del enfermero en las políticas internas de la organización.	9 Ítemes
Cimientos de Enfermería para altos estándares de calidad de cuidado para el paciente: un modelo de cuidado de Enfermería y competencia clínica de los profesionales de Enfermería	10 Ítemes
Liderazgo y gestión del profesional de Enfermería.	5 Ítemes
Personal y recursos adecuados y suficientes para brindar cuidado.	4 Ítemes
Relaciones positivas entre colegas e interdisciplinarias.	3 Ítemes

Fuente: Lake, “Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index”, 2002.

5. Generabilidad de la estructura de subescalas

La estructura de subescalas elegida por el análisis exploratorio fue impuesta a los datos de la muestra de Pensilvania (Aiken, 2000). La generabilidad de la subescala se soportaría si los ítemes fueran mejor explicados por la subescala en la que se ubicaron hipotéticamente que por otra. Se evidenció que 2 de los 31 ítemes seleccionados para el “PES - NWI” no estuvieron incluidos en el “NWI - R”; en cuanto al Análisis Factorial Confirmatorio sólo 1 de los 31 ítemes migraría a una subescala diferente (31).

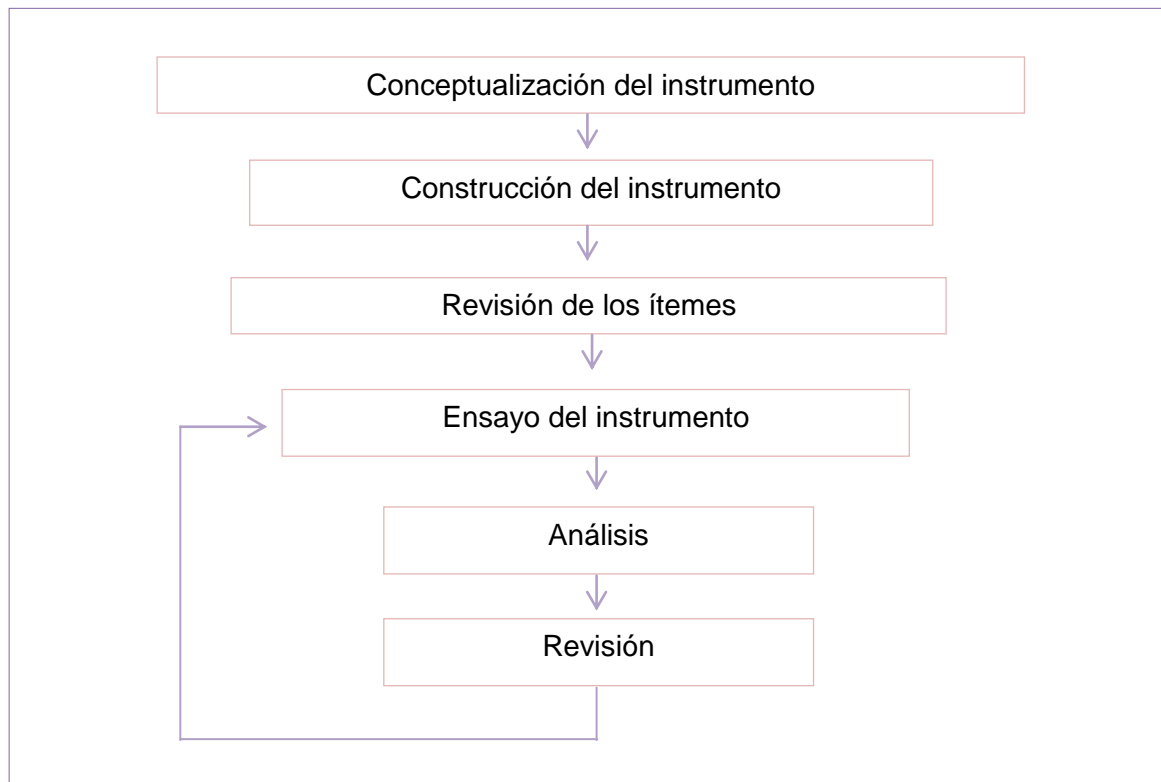
En resumen, con el estudio de Aileen Lake se generó una escala que permitiría abordar estudios encaminados a examinar las implicaciones prácticas de la reforma de los

hospitales o a unir el entorno de la práctica de los resultados de profesional de Enfermería y del paciente. Además, se dio un punto de partida para continuar esfuerzos en pro del mejoramiento del instrumento, todo esto con el fin de crear y mantener ambientes de trabajo que faciliten la práctica de la Enfermería profesional, aumenten la calidad de atención al paciente y mejoren los resultados de los profesionales de Enfermería y los pacientes (31).

2.2 Investigación metodológica - Elaboración de instrumentos

La investigación metodológica se refiere a estudios controlados sobre las formas para obtener, organizar y analizar datos. Los estudios metodológicos abordan el desarrollo, la validación y evaluación de los instrumentos o técnicas de investigación. Su objetivo es diseñar un instrumento confiable, eficaz, y funcional que otros investigadores puedan utilizar para evaluar si han logrado sus propósitos (37).

Figura 2-1: Proceso de elaboración de instrumentos (38).



Fuente: Cohen y Swerdilk. Pruebas de evaluación psicológica 2001.

Teniendo en cuenta que esta investigación toma como referentes teóricos el proceso para el desarrollo de un instrumento de medición de actitudes, el cual se basa en teorías psicométricas, se describe el proceso mediante el cual se elabora uno de estos instrumentos, Figura 2-1.

2.2.1 Conceptualización del instrumento

El proceso sistemático para el diseño de un instrumento debe estar basado en el cumplimiento de los objetivos básicos para los cuales fue creado, y para dar respuesta a la medición que se espera. En razón a esto, clarificar el propósito principal para el cual el instrumento va a ser hecho y establecer las prioridades de uso del mismo, incrementa la probabilidad de que al final el instrumento pueda ser utilizado para aquello para lo que fue diseñado (39).

2.2.2 Construcción del instrumento

Elaboración de escalas

Puede definirse como el proceso de establecimiento de reglas para la asignación numérica en la medición; es el proceso por el que se diseña y se calibra un dispositivo de medición y la forma en que se asignan los números (u otros índices) a diferentes cantidades del rasgo, atributo o característica que se está midiendo (38).

Quienes esbozan el instrumento, diseñan un método de medición, es decir hacen la escala de medición para la prueba en la forma en que creen que se adapta óptimamente a la manera en que han conceptualizado la medición del constructo de interés. Existen diferentes tipos de escalas, comúnmente pueden clasificarse como nominales, ordinales de intervalo o de razón (38). Se presentan a continuación tipos de escalas que producen datos ordinales teniendo en cuenta que el instrumento sobre el cual se desarrolla el presente estudio cuenta con un método de medición de esta clase:

- Escala de estimación

- Comparaciones apareadas
- Tareas de clasificación
- Escala Guttman (38)

Redacción de los ítems

Cuando se diseña una prueba estandarizada, es aconsejable que el número de ítems para el primer borrador contenga aproximadamente el doble que contendrá la versión final de la prueba. Una reserva de ítems es el depósito o provisión del que se extraerán o descartarán los reactivos para la versión final del instrumento. Debido a que aproximadamente la mitad de esos ítems será eliminada en la versión final de la prueba, el elaborador del instrumento necesita asegurarse de que la versión final contendrá aquellos que harán un muestreo adecuado del constructo de interés (38).

Para la elaboración de la reserva de ítems, usualmente la persona que se encuentra elaborando el instrumento debe conceptualizar uno o más tipos de características o rasgos que él considera manifiestan el constructo, después simplemente debe pensar en cuáles de esas características o rasgos deben ser medidos para reconocer el constructo. Desafortunadamente este enfoque puede resultar en la omisión de importantes aspectos que dejan de ser incluidos y que pueden llegar a ser relevantes para medir el constructo, ya que resulta extremadamente subjetivo e idiosincrático. Con el fin de ampliar, perfeccionar o verificar el punto de vista del constructo que se quiere medir, la persona encargada de la construcción del instrumento puede hacer uso de una o más de las siguientes actividades (39)

- Análisis de contenido
- Revisión de investigación
- Incidentes críticos
- Observación directa

- Opinión de expertos
- Objetivos de instrucción (39)

Calificación de los ítems

- Modelo acumulativo: el más común debido a su simplicidad, consiste en que entre mayor es la puntuación de la prueba, más alto se encuentra quien la responde en capacidad, el rasgo o la característica que pretenda medir la prueba. Por cada respuesta de la persona a ítems determinados, hecha en forma particular, quien responde la prueba obtiene crédito acumulativo con respecto al constructo en particular (38).
- Enfoque de clase o categoría: la persona que responde la prueba obtiene crédito hacia la colocación de una clase o categoría particular con otros quienes la han respondido cuyos patrones de respuesta se suponen semejantes de alguna manera. En este enfoque se usan algunos sistemas de diagnóstico, en los que los individuos deben exhibir una determina cantidad de síntomas para clasificar para un diagnóstico específico(38).
- Calificación *ipsativa*: su objetivo es la comparación de la puntuación de una persona que responde la prueba con otra escala dentro de esa misma prueba.

2.2.3Revisión de los ítems

Cuando el instrumento se encuentra terminado por la persona que lo está elaborando debe ponerse en contacto con colegas cualificados que puedan revisarlo y dar un punto de vista acerca de exactitud, redacción, gramática, ambigüedad y otras fallas técnicas. Adicionalmente, cuando los ítems han sido escritos, deben ser sometidos a una revisión exhaustiva uno a uno, teniendo en cuenta los siguientes aspectos (39).

- Precisión

- Adecuación y pertinencia en las especificaciones de cada ítem
- Defectos técnicos en la construcción
- Gramática
- Posibilidad de generar "parcialidad"
- Nivel de confiabilidad
- Pertinencia para el grupo poblacional al que se pretende aplicar
- Pertinencia con el constructo que se está midiendo

Existen diversas formas para realizar esta verificación. Por ejemplo un panel de expertos cualificados en el constructo de interés que revise cada ítem y la revisión por parte de un grupo experto en diseño, elaboración y aplicación de instrumentos del tipo que se esté construyendo. Esta supervisión se debe realizar antes o después de ensayar el instrumento, depende de las conveniencias propias de quien o quienes elaboran el instrumento, es importante tener en cuenta que, luego del ensayo, seguirán existiendo algunas fallas que arrojará un análisis posterior, y que deben ser corregidas, por lo tanto se debe realizar una revisión adicional si es el caso (39).

2.2.4 Ensayo del instrumento

Una vez se han puesto las bases para un instrumento, y un borrador del mismo esté listo para su aplicación, el siguiente paso es ensayarlo con la ayuda de personas cuyos aspectos críticos sean afines con aquellos para quienes fue diseñado. Se ha señalado que el tamaño de la muestra a la que estaría sujeto el ensayo de a prueba debería ser no menor a 5 y de preferencia 10 personas por ítem planteado. El ensayo de la prueba deberá llevarse a cabo bajo condiciones que sean lo más similares posible a las condiciones bajo las cuales se aplicará el instrumento estandarizado (38).

El elaborador de la prueba debe usar esta oportunidad para examinar las actitudes y reacciones que se puedan presentar durante la aplicación del instrumento con el fin de identificar pausas prolongadas, garabatos, cambios de respuesta que puedan indicar confusión con algún ítem. A partir de este ensayo, como se mencionó anteriormente, se deben hacer recomendaciones que lleven al mejoramiento de los aspectos que generen dificultad en el proceso de prueba (38,39).

2.2.5 Pasos finales: Análisis y revisión

Después de que los ítemes han sido sometidos a revisiones y ensayos, el instrumento está listo para ser aplicado en una prueba en campo, la cual incluye la utilización del instrumento en su versión final a una muestra representativa de la población para la cual fue diseñado (39).

Posterior a esta aplicación vienen las pruebas que permiten el "análisis de ítemes" que incluyen las pruebas estadísticas de índice de su aprobación, índice de validez, índice de confiabilidad, índice de discriminación y análisis cualitativo, lo que generará información nueva acerca cuáles deben continuar o deben ser eliminados y cuáles reconstituidos para dar lugar a un instrumento válido y confiable para medir el constructo de interés (38,39). Entre estas pruebas estadísticas se incluye el análisis factorial confirmatorio.

2.2.6 Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) surge para vencer las limitaciones propias del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), puesto que en el AFC el investigador plantea restricciones previas respecto a (40):

- El número de factores involucrados en el modelo
- La existencia o carencia de correlación entre los factores

- La saturación de las variables observadas en cada factor
- La correlación entre los términos de error o específicos

Partiendo de lo anterior, se evalúa si el modelo logra ajustarse o si los datos conllevan a la confirmación de las restricciones definidas en el mismo. En general, cuando la teoría permite establecer relaciones claras entre los ítemes y las dimensiones latentes, mediante un AFC, es posible contrastar, entre otras cosas, si la estructura obtenida por unos autores se replica en otra muestra.

El AFC también denominado modelo de medida, ha proporcionado los medios para construir y evaluar modelos teóricos. Un modelo AFC de dos factores (F_1, F_2) y seis (X_1, X_2, \dots, X_6) ítemes se define matricialmente como sigue:

$$\begin{pmatrix} X_1 \\ X_2 \\ X_3 \\ X_4 \\ X_5 \\ X_6 \end{pmatrix}_{6 \times 1} = \begin{pmatrix} \lambda_{11} & 0 \\ \lambda_{21} & 0 \\ \lambda_{31} & 0 \\ 0 & \lambda_{42} \\ 0 & \lambda_{52} \\ 0 & \lambda_{62} \end{pmatrix}_{6 \times 2} \begin{pmatrix} F_1 \\ F_2 \end{pmatrix}_{2 \times 1} + \begin{pmatrix} E_1 \\ E_2 \\ E_3 \\ E_4 \\ E_5 \\ E_6 \end{pmatrix}_{6 \times 1}$$

Resolviendo el sistema matricial en términos de ecuaciones lineales:

$$\begin{cases} X_1 = \lambda_{11}F_1 + E_1 \\ X_2 = \lambda_{21}F_1 + E_2 \\ X_3 = \lambda_{31}F_1 + E_3 \\ X_4 = \lambda_{42}F_2 + E_4 \\ X_5 = \lambda_{52}F_2 + E_5 \\ X_6 = \lambda_{62}F_2 + E_6 \end{cases}$$

La matriz de varianzas - covarianzas observadas **S**, que pone de manifiesto la relación entre los (X_j) ítemes mostrados, se construye a partir de la información aportada por los expertos en cada una de las variables y está compuesta por varianzas del ítem individual

ubicadas en la diagonal σ_{ii} y covarianzas entre ítemes distintos σ_{ij} en la parte inferior (41), como se estructura en la Tabla 2-5.

Tabla 2-5: Esquema general de una matriz de varianzas - covarianzas.

	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6
X_1	σ_{11}					
X_2	σ_{21}	σ_{22}				
X_3	σ_{31}	σ_{32}	σ_{33}			
X_4	σ_{41}	σ_{42}	σ_{43}	σ_{44}		
X_5	σ_{51}	σ_{52}	σ_{53}	σ_{54}	σ_{55}	
X_6	σ_{61}	σ_{62}	σ_{63}	σ_{64}	σ_{65}	σ_{66}

En esencia, la representación matemática de un modelo de AFC puede conseguirse con la expresión:

$$X_j = \sum_{m=1}^M \lambda_{jm} F_m + E_j$$

Los términos λ_{jm} del modelo matemático indican el peso de la variable X_j en el factor F_m . De forma complementaria, E_j refleja la parte específica de la variable que no tiene que ver con los factores comunes e incluye el efecto debido a la particularidad de la misma, al error de medida y/o al error de muestreo.

Los pesos λ_{jm} o saturaciones de los ítemes en los factores se clasifican en estandarizados y no estandarizados, dependiendo de la escala en la cual se trabajen los X_j y F_m (42,43):

- *Pesos No Estandarizados λ_{jm}* : Se obtienen cuando se analizan las variables X_j y F_m en escala diferencial. No son sencillos de interpretar, puesto que un peso importante no está necesariamente asociado con una mayor influencia de la variable observada sobre el factor. Por demás, se modifican por alteración de la magnitud de la variable X_j y no cuentan con un valor mínimo ni máximo posible, dicho de otro modo, carecen de un intervalo fijo de desempeño.
- *Pesos Estandarizados λ_{jm}^** : Se consiguen al trabajar las variables X_j y F_m en escala típica. Son interpretados directamente como la importancia del ítem en el factor y alcanzan valores entre $[-1, 1]$. Los pesos estandarizados no dependen de la magnitud de la variable X_j , es decir que, así ésta se vea alterada por algún múltiplo, el λ_{jm}^* continúa conservando su valor original.

En la construcción de un AFC, deben seguirse de forma sistemática estas etapas (40–44):

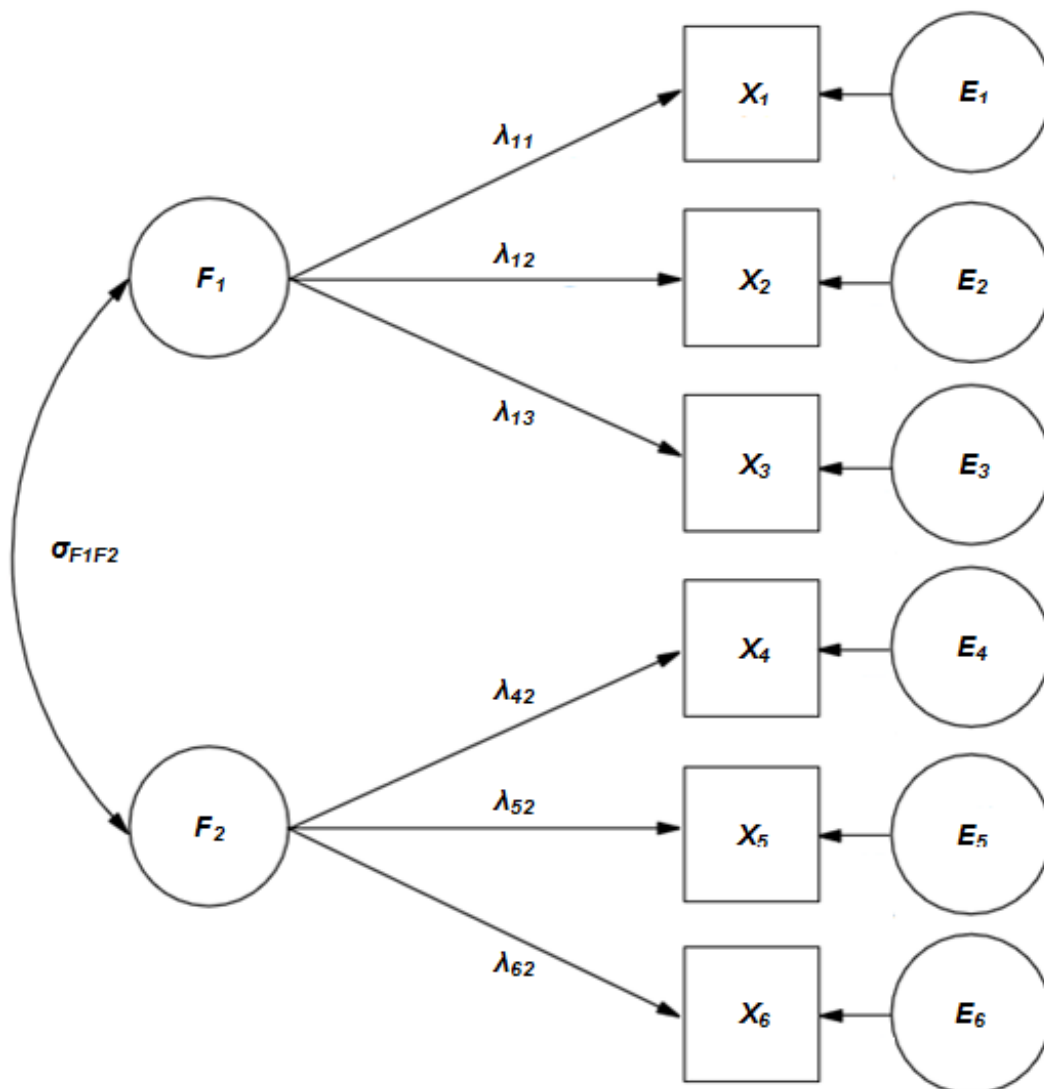
Especificación del modelo y representación gráfica

La especificación es una de las fases más relevantes en la ejecución de un AFC, como quiera que corresponde al planteamiento de las restricciones impuestas sobre los factores (F_m) y las variables o ítems (X_j), así como en los errores (E_j) y pesos (λ_{jm}) relacionados. Concretamente define el número de factores presentes en el modelo, las variables que los saturan, la existencia de correlaciones internas entre los factores y las esperadas en los errores de medición. Habitualmente se impone $\lambda_{jm} = 0$ si el ítem “ j ” no satura en el factor “ m ” y se fija la métrica de los factores, igualando sus varianzas a uno ($\sigma_{F1}^2 = \sigma_{F2}^2 = 1$) (40).

Por su parte, la representación gráfica de un AFC es visualizada como la herramienta práctica que proporciona mayor facilidad en la interpretación del modelo matemático, se denomina diagrama de senderos “*path diagram*” y se construye haciendo uso de convenciones que aportan distinción entre las variables que son observables y las latentes. Los ítems (X_j) o variables observables se dibujan en cuadrados mientras que

los factores (F_m) y errores (E_i) o variables no observables se encierran en círculos. Las relaciones entre dichas variables se muestran a través de líneas rectas, mientras que la interacción entre dos variables latentes que covarían, corresponde a una línea curva bidireccional. Partiendo de esta configuración, surgen dos categorías de variables denominadas exógenas y endógenas, que hacen referencia a aquellas en donde se originan y finalizan las líneas de correlación respectivamente. En consecuencia, en un AFC las variables latentes se clasifican como exógenas y las observables como endógenas.

Figura 2-2: Diagrama de senderos para un modelo de factores correlacionados.



La Figura 2-2 representa un modelo de dos factores (F_1, F_2) correlacionados ($\sigma_{F_1F_2}$) que cuenta con seis ítemes (X_1, X_2, \dots, X_6). En ésta puede observarse que se dispone de ocho (8) variables exógenas y seis (6) endógenas.

- *Variables Exógenas (Latentes):* $F_1, F_2, E_1, E_2, E_3, E_4, E_5, E_6$.
- *Variables Endógenas (Observables):* $X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6$.

Identificación del modelo

Antes de proceder con la consecución de los parámetros del modelo, resulta preponderante establecer si existe información suficiente que permita estimarlos, labor denominada problema de identificación. Se argumenta que un modelo no está identificado cuando no es posible estimar sus parámetros, en tal caso, éste debe ser redefinido con el objetivo de viabilizar un adecuado proceso de estimación que garantice que la solución factorial obtenida sea única.

El criterio que conduce a verificar si el modelo se encuentra identificado o no, se denomina grados de libertad (gl), el cual relaciona, a través de una diferencia, los datos disponibles con el número de parámetros a estimar. Los datos disponibles son los $(J(J+1))/2$ elementos distintos de la matriz (S) de varianzas-covarianzas observadas, construida a partir de las respuestas dadas por los expertos a cada uno de los " J " ítemes postulados. Por su parte, el número total de parámetros " t " a conocer son los pesos factoriales (λ_{jm}), varianzas (σ^2_{Ej}) y covarianzas ($\sigma_{F_1F_2}$) de las variables exógenas no especificadas (40).

En sentido estricto, para que un modelo esté identificado y arroje resultados que no sean triviales ($gl = 0$), el número de parámetros debe ser menor que el número de datos disponibles, dicho de otra manera, para que un modelo esté identificado de forma apropiada, sus grados de libertad deben ser positivos $gl > 0$ (40,42).

$$gl = \left[\frac{J(J+1)}{2} - t \right] > 0$$

Estimación de parámetros

El propósito de la estimación es determinar lo mejor posible, los valores de los parámetros que reproducen la matriz \mathbf{S} de varianzas-covarianzas observada, mediante la obtención de una nueva matriz \mathbf{S}^* de varianzas-covarianzas, estructurada ahora con base en los parámetros arrojados por el modelo. Esta segunda matriz \mathbf{S}^* lleva por nombre matriz reproducida y se pretende que sea similar a la original \mathbf{S} tanto como pueda conseguirse. Para hacer que las matrices \mathbf{S} y \mathbf{S}^* sean muy parecidas, se emplean procedimientos de estimación que localizan aquellos parámetros (λ_{jm} , σ^2_{Ej} , σ^2_{F1F2}) que en conjunto minimizan las diferencias entre los elementos de la matriz \mathbf{S} y \mathbf{S}^* . Esto último es equivalente a hallar los valores de los parámetros que hacen mínima la función de discrepancia o residuos definida entre \mathbf{S} y \mathbf{S}^* , $d(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*) = res(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*)$, para cada uno de los $(J(J+1))/2$ elementos "ij" en las matrices \mathbf{S} y \mathbf{S}^* como sigue a continuación (42):

$$d_{ij}(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*) = res_{ij} = S_{ij} - S^*_{ij}$$

La función de discrepancia o residuos puede ser minimizada empleando diferentes métodos de estimación de parámetros. Los procedimientos ML "Maximun Likelihood": Máxima Verosimilitud, GLS "Generalized Least Squares": Mínimos Cuadrados Generalizados y ULS "Unweighted Least Squares": Mínimos Cuadrados No Ponderados; son las metodologías más implementadas, aunque existen otras complementarias que consideran mayor ajuste para variables con nivel de medida ordinal y pocas categorías de respuesta, así como escenarios en los que se incumple el supuesto de distribución multivariada normal.

Evaluación del ajuste del modelo

Una vez estimados los parámetros, resulta necesario contrastar el grado en que el modelo se ajusta a la información recolectada, para determinar si el AFC explica adecuadamente los patrones de covariación existentes en los datos observados. Con la finalidad de evaluar el acople del modelo AFC se han propuesto diversos índices de bondad de ajuste, que se derivan en su mayoría de relaciones matemáticas que involucran la función de discrepancia o residuos. A partir de lo anterior, fácilmente puede

inferirse que el valor de los índices tiene correspondencia con el tamaño de los residuos, cuanto más grandes sean estos, mayor será el desajuste del modelo.

Los diversos índices utilizados pueden ser clasificados en inferenciales y descriptivos, a su vez, cada una de estas categorías contempla índices de ajuste absoluto e índices de ajuste comparativo:

- Índices Inferenciales: Tienen una distribución estadística y permiten hacer inferencias sobre lo que sucede en la población.
- Índices Descriptivos: Carecen de distribución estadística conocida, por consiguiente, sólo permiten concluir acerca de lo que sucede en la muestra.
 - Índices de Ajuste Absoluto: Establecen en qué grado el modelo propuesto reproduce los datos.
 - Índices de Ajuste Comparativo: Determinan el grado en que el modelo propuesto es mejor que otro modelo alternativo.

Como consecuencia del gran número de índices conocidos, no existe claridad acerca de cuál es el más apropiado. Estudios reportados en la literatura indican que en el contexto del AFC el más adecuado podría tratarse del índice *NNFI* “*Non – Normed Fit Index*”, llamado también *TLI*, ya que es el único que no está influenciado por el tamaño de la muestra. Otros autores refieren el uso combinado de varios indicadores o criterio mixto, entre estos (40,42):

- $SRMR < 0,09$ y $RMSEA < 0,06$
- $SRMR < 0,09$ y $CFI > 0,95$
- $TLI > 0,95$ y $SRMR < 0,09$
- $RMSEA < 0,06$ y $SRMR < 0,09$

La Tabla 2-6 muestra la clasificación y resume los criterios de interpretación de los índices más empleados en la evaluación del ajuste de modelos confirmatorios.

Tabla 2-6: Clasificación y criterios de interpretación de los índices de bondad de ajuste (40–42,45).

INFERENCIAL - DESCRIPTIVO	ABSOLUTO - COMPARATIVO	ÍNDICE DE AJUSTE	CRITERIO DE INTERPRETACIÓN
Inferencial	Ajuste Absoluto	Estadístico χ^2	Se mantiene el modelo si $p \geq 0,05$; no se recomienda.
	Ajuste Comparativo	Comparación de modelos anidados (χ^2)	Los modelos no difieren si $p \geq 0,05$.
Descriptivo	Ajuste Absoluto	χ^2 / gl	Relaciones menores que 2 (dos) ó 3 (tres) suelen considerarse indicadores de ajuste aceptable; no se recomienda.
		RMR	$< 0,05$: el modelo se ajusta. Cuanto más pequeño, mejor ajuste; 0 (cero) indica ajuste perfecto; no se recomienda porque es difícil de interpretar.
		SRMR	$\leq 0,08$: el modelo se ajusta.
		RMSEA	$\leq 0,06$: el modelo se ajusta.
		GFI / AGFI	$\geq 0,95$: el modelo se ajusta; no se recomienda.
	Ajuste Comparativo	NFI	$\geq 0,95$: el modelo se ajusta. Tiende a sobreestimarse en muestras pequeñas.
		NNFI o TLI	$\geq 0,95$ (para variables continuas) ó $\geq 0,96$ (para variables categóricas): el modelo se ajusta.
		RNI CFI	$\geq 0,95$ (para variables continuas o variables categóricas): el modelo se ajusta.

Fuente: Ximénez, Técnicas de agrupación, 2009; Arias, Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con Lisrel, AMOS y SAS, Recuperado 2014; Julio, Francisco y Ponsoda, Medición en ciencias sociales y de la salud, 2011; Pai y Lee, A confirmatory factor analysis of the Clinical Nursing Practice Environment Scale with hospital registered nurses in Taiwan, 2011.

Otro aspecto a considerar en la evaluación del ajuste del modelo, está ligado con el análisis de los parámetros estimados individuales en el modelo AFC y la matriz de

residuos estandarizados $res(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*)$, que contiene las diferencias entre la matriz de varianzas - covarianzas observada y reproducida. Valores absolutos de los residuos estandarizados > 2 ó > 3 indican discrepancias significativas entre ambas, por ende, el modelo en tales condiciones no genera un buen ajuste (40).

Adicionalmente, es posible llevar a cabo una evaluación global de la solución, examinando el estadístico Chi - Cuadrado (X^2) de Pearson, que proporciona un test de nombre “*Test of Exact Fit*” sobre si las diferencias entre \mathbf{S} y \mathbf{S}^* convergen en probabilidad cero $\{0\}$ a medida que el tamaño de la muestra tiende a infinito. Dicho test conduce a establecer el grado de ajuste estadístico con que el modelo reproduce los datos observados, considerándose que existe un buen acople cuando el valor de X^2 no resulta estadísticamente significativo. Sin embargo, esta prueba ha perdido uso debido a su complejidad y limitaciones, ya que es un criterio altamente sensible al tamaño de la muestra. En tal sentido, cuando se trabaja con muestras grandes, prácticamente cualquier modelo termina siendo rechazado (40). Finalmente, algunas referencias manifiestan que la razón $(X^2 / gl) < 3,00$ es un indicativo aceptable de ajuste (41).

Hasta aquí se han presentado las etapas o fases del proceso de diseño y evaluación de un instrumento. Como se ha visto, el desarrollo de instrumentos requiere de variadas intervenciones para llegar a obtener como producto final una herramienta apropiada para las necesidades de la investigación. Algunos de los pasos descritos en este capítulo hicieron parte de investigaciones anteriores y otros deberán ser tenidos en cuenta para llevar a cabo el ajuste que se propone en el presente trabajo. En el capítulo siguiente, correspondiente al apartado metodológico, se indica cómo se procederá en esta investigación para hacer el análisis y el ajuste del instrumento “*PES - NWI*” al contexto colombiano.

3.Marco metodológico

3.1 Tipo de estudio

La presente es una investigación de tipo metodológico, puesto que se concentra en revisar un instrumento diseñado para evaluar los Ambientes para la Práctica de Enfermería.

Dicho instrumento fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad en el contexto colombiano en el año 2011 (28), allí mostró desajuste en términos de constructo. Por tal razón, el proceso que se llevó a cabo corresponde a fases de revisión y análisis del “*PES - NWI*” luego de haber pasado por procesos de ensayo del mismo.

3.2 Estrategia metodológica

Como se indicó en el marco teórico, el proceso de validación de un instrumento requiere que se ajuste a través de diferentes procedimientos. Si bien la investigadora que realizó el proceso de validación del “*PES - NWI*” para el contexto colombiano hace una aproximación a las razones que explicarían el desajuste en términos de constructo, es necesario analizar en profundidad los aspectos mencionados en los objetivos específicos. Por ello, para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos se propone la siguiente estrategia metodológica:

3.2.1 Objetivo 1: Descripción del ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente

Gracias al contacto que se hizo con la autora del instrumento que ha sido validado, la Dra. Eileen Lake, se realizó una entrevista semiestructurada con el objeto de conocer el origen teórico del instrumento y el procedimiento realizado en la investigación original, y también sus debilidades y fortalezas en términos de constructo con base en su experiencia en la aplicación en el contexto estadounidense.

La fuente de información para el logro de este objetivo fue la autora del instrumento original en inglés. Para recolectar la información, se utilizó como instrumento un guion de entrevista semiestructurada que contuvo las siguientes preguntas, y que fue enviado por correo electrónico:

- ¿Cuál es el fundamento teórico del "*PES - NWI*"?
- ¿Qué aspectos de esa teoría encuentra sólidamente fundamentados y cuáles no?
¿Por qué?
- ¿Cómo se corresponden las dimensiones del instrumento con la teoría en la cual se basa el "*PES - NWI*"?
- ¿Cómo relaciona cada ítem del instrumento con la teoría en la cual se basa el "*PES - NWI*"?

Si bien se esperaba recibir información puntual para cada pregunta, en su respuesta, la Doctora dio a conocer dos documentos desarrollados por ella en el contexto de su investigación.

Posteriormente, para hacer el análisis de las respuestas obtenidas se procedió a retomar la teoría en la cual se soporta el diseño del instrumento para luego analizar el ajuste de cada uno de sus ítemes con la teoría propuesta, contrastando este análisis con el efectuado por la Dra. Lake.

Finalmente, para poder confirmar la relación entre los ítemes que componen el instrumento y la categoría o dimensión a la que corresponden se hizo un análisis factorial confirmatorio, a partir de la base de datos proporcionada por la investigadora que realizó el primer ejercicio de validación para Colombia (ver autorización en el Anexo A).

Para desarrollar el proceso de revisión de los ítemes y su pertinencia con las teorías, así como para la realización del AFC; se solicitó asesoría al Laboratorio de Psicometría, Unidad Académica adscrita al Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, el cual apoyó el proceso de análisis que requirió este trabajo.

3.2.2 Objetivo 2: Identificación de similitudes y diferencias en los contextos entre los que se validó el instrumento, a saber: contexto mexicano y contexto colombiano

Este paso requería haber logrado el objetivo precedente, debido a la imposibilidad de revisar un instrumento que no corresponde teórica y conceptualmente al constructo que se pretende medir. Para el logro de este objetivo, se haría entrevista a la Dra. Squires, a la Dra. Orts y a la Magíster Cardona, quienes han llevado a cabo procesos de validación del instrumentos en países de habla hispana como México, España y Colombia. Esto serviría de base para el análisis de lo que ocurre en el caso del instrumento validado para Colombia.

En esta fase del proceso, las fuentes de información serían Dra. Allison Squires, y Enfermera MSc. Lisbeth Carolina Cardona Alzate. Entre tanto, el instrumento a aplicar un guion de entrevista semiestructurada que incluiría las siguientes preguntas:

- ¿Qué dificultades encontró usted en el proceso de validación del instrumento al español?
- ¿Qué estrategias se usaron para sortear esas dificultades?
- ¿Qué conclusión encontró usted en términos de validez de constructo del instrumento traducido?
- ¿Las preguntas planteadas por el instrumento tenían clara relación con el contexto en el cual usted lo aplicó?
- Con base en su experiencia: ¿qué sugerencias o recomendaciones plantearía usted para trabajar en el ajuste del instrumento?

Para hacer el análisis de las respuestas a estas entrevistas se haría un trabajo de análisis de contenido que permitiera identificar las dificultades en el proceso de validación, las limitaciones que el instrumento traducido tiene en términos de validez de constructo y la relación de los ítemes con el contexto en el que se aplicó el instrumento.

Posteriormente se analizaría cada uno de los ítemes del instrumento validado por Cardona en el contexto colombiano a la luz de la práctica de la Enfermería y de las condiciones del sistema general de seguridad social en salud colombiano, examinando si el ítem es aplicable o no en la práctica.

Para ello se contaría, con un grupo de expertos conformado por enfermeras y/o enfermeros que se desempeñen en el ámbito hospitalario en instituciones públicas y privadas de Colombia, que cuenten con al menos dos años de experiencia hospitalaria – asistencial, a quienes se les preguntaría explícitamente si el ítem en cuestión responde a las características de la práctica de la Enfermería en las instituciones hospitalarias colombianas.

Otro grupo de expertos estaría conformado por enfermeras y/o enfermeros de servicios de hospitalización, con por lo menos tres años de experiencia clínica, a quienes se le formularía la misma pregunta, buscando que expliquen por qué es o no aplicable el ítem. Nótese que se trataría de identificar si, en su práctica cotidiana, profesional de Enfermería que trabaja en una institución hospitalaria podría responder sin reparos a un ítem como el presentado en la medida en que se ajusta al contexto en el que desarrolla su práctica.

El ejercicio consistiría en un encuentro de la investigadora con cada una de las enfermeras o enfermeros, y la confrontación uno a uno de los ítemes con el contexto en el que ellas se desenvuelven, de forma tal que se identificaría si las participantes consideran que el ítem en cuestión es aplicable al ambiente en el que ellas se desenvuelven a diario, justificando su respuesta. Estas entrevistas serían grabadas previa autorización de las expertas, y el desarrollo de la reunión se daría tomando como base el instrumento validado por Cardona, el cual no sería entregado a cada experta, sino usado como guía en el desarrollo de la entrevista.

Para el análisis de las respuestas dadas por ambos grupos de expertos se haría un análisis de contenido de carácter cuantitativo, identificando el porcentaje de respuestas de los expertos con respecto a la aplicación práctica del ítem y las razones que justifican su respuesta.

3.2.3 Objetivo 3: Identificación de posibles desajustes en el instrumento en su versión en español relacionados con la estructura gramatical de cada uno de los ítemes

Este paso requería haber logrado los objetivos precedentes, debido a la imposibilidad de revisar un instrumento que no corresponde teórica y conceptualmente al constructo que pretende medirse. En caso de que la anterior condición se hubiese cumplido, los pasos a seguir implicarían cuestionarse acerca de si la prueba impone dificultades a quien la responde bien sea en su instrucción o en la redacción de los ítemes. Esto por cuanto las confusiones en la comprensión de la pregunta pueden dar lugar a respuestas que no correspondan a la realidad que se quiere medir.

Este proceso se haría mediante la revisión gramatical de cada ítem del instrumento traducido, contando con la colaboración de los grupos de expertos que en caso de ser aplicable el ítem procederían a responder si es comprensible para quien lo responde. En caso de ser la respuesta negativa, se solicitaría al experto sugerir una forma de redactarlo que facilite la comprensión sin que se pierda el sentido del ítem. Para ello, se presentaría en el formato de respuesta la categoría a la que corresponde cada ítem.

En términos de análisis de datos, como puede inferirse, se trataría de un ejercicio fundamentalmente de carácter analítico, que exigiría conocimiento y dominio de la teoría de la cual procede el instrumento a revisar, del contexto en el que se aplica y de aspectos relacionados con procesos de validación y revisión de instrumentos.

Para el análisis de estas respuestas se haría un análisis detallado de tipo cuantitativo determinando el porcentaje de respuestas afirmativas sobre si el ítem es comprensible, y uno de tipo cualitativo que requiere la búsqueda del significado de las palabras que utilizan estas expertas para reformular las frases que ellas utilizan para reformar aquellas que a su juicio no son comprensibles.

La Tabla 3-1 recopila la estrategia metodológica, que conllevaría a la consecución de los objetivos de la investigación.

Tabla 3-1: Resumen de los objetivos, instrumentos y fuentes de información que se considerarían para el desarrollo de esta investigación.

OBJETIVO	INSTRUMENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<i>Describir el ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente.</i>	Entrevista semiestructurada para autora del instrumento “ <i>PES - NWF</i> ”.	Enfermera Dra. Eileen Lake (Autora del instrumento original).
<i>Identificar similitudes y diferencias en los contextos en los que se validó el instrumento, a saber: contexto mexicano y contexto colombiano.</i>	Entrevista semiestructurada a investigadoras que han validado el instrumento en contextos diferentes al original.	Enfermeras Dra. Allison Squires y MSc. Lisbeth Carolina Cardona.
	Comparación de los ítemes del instrumento validado por MSc. Lisbeth Cardona con el contexto colombiano.	Expertas directoras de Departamentos de Enfermería de instituciones públicas y privadas.
	Comparación de los ítemes del instrumento validado por MSc. Lisbeth Cardona con el contexto colombiano.	Expertas enfermeras y/o enfermeros de servicios de hospitalización de instituciones públicas y privadas.
<i>Identificar posibles desajustes del instrumento en su versión en español relacionados con la estructura gramatical de cada uno de los ítemes.</i>	Revisión gramatical de cada uno de los ítemes del instrumento validado por MSc. Lisbeth Cardona.	Grupo de expertos.

3.3 Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 Artículo 11, la presente es una “investigación sin riesgo” ya que “no requiere de intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (46).

Este estudio se llevó a cabo bajo la guía de los principios éticos de la investigación, veracidad, fidelidad y reciprocidad (47). El principio de veracidad se hizo evidente mediante la presentación de datos y resultados fehacientes, fieles a la recolección de los mismos y las respuestas que se obtuvieron durante el desarrollo del estudio. La fidelidad se aplicó durante todo el proceso investigativo llevando a cabo el presente estudio con el

cual la investigadora se ha comprometido desde el momento mismo en que fue planteado. Para dar cumplimiento al principio de reciprocidad, se buscará que las Enfermeras colaboradoras (Dra. Eileen Lake y MSc. Lisbeth Cardona) obtengan como retribución a su participación, acceso al conocimiento obtenido, de forma tal que estén en la posibilidad de hacer uso del mismo. Teniendo en cuenta que no se formularon preguntas personales, la participación en esta investigación por parte de Dra. Eillen Lake está dada en calidad de experta.

En términos de justicia se ha precisado un presupuesto que pone en evidencia que el costo del estudio es menor a los beneficios que se logran para la comunidad científica. Así mismo, esta investigación se apega a la conducta de circunspección por medio del apoyo de la directora de tesis, evitando sacar conclusiones que no procedan de los hallazgos.

Este estudio, al explorar los aspectos relacionados con la validez de constructo del instrumento “*PES - NWI*”, recoge las creaciones intelectuales provenientes del aporte al conocimiento por parte de las expertas, lo que subraya la importancia de mantener el respeto por la propiedad intelectual en todos los pasos del proceso investigativo que se llevará a cabo (47). De acuerdo con esto, la presente investigación se basa en la honradez intelectual, la cual se plasma mediante el uso de citas bibliográficas y referencias de acuerdo a las normas Vancouver; adicionalmente se cuenta con la autorización escrita por parte de la enfermera Dra. Eileen Lake, para presentar en detalle los conceptos sobre la construcción del instrumento “*PES - NWI*” (ver Anexo A), y de la enfermera MSc. Lisbeth Carolina Cardona para el uso del instrumento por ella validado (ver Anexo B).

Finalmente, se establece que la investigadora no presenta ningún conflicto de interés en la realización del estudio.

3.4 Mecanismos de divulgación y socialización

Se espera retribuir a la comunidad científica, mediante la socialización de productos o avances por medio de la presentación de los mismos en un evento nacional y la publicación de un artículo con los resultados del estudio en una revista indexada.

4.Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos planteados en el capítulo uno. En virtud de esto, el presente capítulo describe los resultados obtenidos a partir de la recolección de información que se llevó a cabo en búsqueda de respuesta a la pregunta de investigación que se presentó al inicio de este trabajo.

4.1 Ajuste entre la composición del instrumento y la teoría subyacente

4.1.1 Teoría des del “*PES - NWI*” descrita por su autora

Tener conocimiento de los fundamentos teóricos del instrumento que se pretende estudiar fue el comienzo para profundizar en los aspectos que dieron origen al mismo, los cuales encaminarían esta investigación para generar un instrumento confiable en la medición de los Ambientes de Práctica de Enfermería en el contexto colombiano, a partir de la base teórica encontrada se realiza el análisis factorial confirmatorio que se muestra más adelante.

El contacto establecido con Dra. Eileen Lake (correo enviado el día 22 de octubre de 2013) permitió determinar que la investigadora basa la teoría del instrumento en “la sociología de las organizaciones, ocupaciones y el trabajo” (tal y como lo refiere en su respuesta vía correo electrónico). Del mismo modo se logró tener acceso a la discusión sobre este tema que presentó la autora en el capítulo 1 de la tesis en la que desarrolló el test, en donde presenta postulados acerca de la **Organización de Enfermería Hospitalaria** (48), los cuales se resumen a continuación:

Inicialmente la autora valoró el concepto de Efectividad Organizacional con el fin de identificar el mejor enfoque para resolver los dilemas de las organizaciones y del trabajo que se presentarán más adelante. Así, cita a Scott, en documento que data de 1981 para

referirse a la existencia de las tres perspectivas que influyen la naturaleza de la organización(48):

- Sistema racional
- Sistema natural
- Sistema abierto

Frente a esto expone que el Modelo de Sistema Abierto proporciona un marco ideal para el planteamiento de los rangos de los resultados de Enfermería y de los pacientes. En este sentido, según Lake, las organizaciones deben participar en actividades para conservar la unidad en sí (en este punto la autora cita a Etzioni 1960; Gross 1968; Mohr 1973), las cuales representan un criterio para la evaluación de la eficacia de la organización por medio del logro de las "metas de mantenimiento". En el caso de los hospitales, las respuestas afectivas al trabajo (los niveles de estrés y burnout de Enfermería) serían la evidencia de las metas de mantenimiento. Por lo tanto, Lake comenta que su investigación "Development of the PES – NWI", estudia el estrés y el agotamiento de Enfermería, ya que representan este tipo de metas (48).

Además, Lake se adhiere a Buckley 1967 y Yuchtman y Seashore 1967 para interpretar la rotación de Enfermería como un indicador de la relación entre la organización y el ambiente, así, una tasa alta de este indicador sugiere dificultades de la organización para retener y valorar los recursos del entorno. De acuerdo con el modelo de sistema abierto, los hospitales "magnéticos" fueron efectivos en la medida en que fueron capaces de atraer y retener a las enfermeras en un momento de escasez en su área de mercado. Por ello, en su investigación "Development of the PES – NWI", Lake, estudia la rotación de Enfermería como una meta relacionada con "el entorno". Desde la perspectiva del modelo de sistema abierto, una evaluación completa de la rotación de Enfermería debe ir más allá de las características de la organización, para incluir medidas adicionales, tales como los salarios de Enfermería, con el fin de distinguir la posición relativa de una institución respecto a sus competidores (48).

Por otra parte, Lake reconoce la organización como un instrumento para el logro de ciertas metas (cita a Gouldner 1959), y la efectividad se mide de acuerdo al logro de las mismas. En el caso del hospital Lake sugiere que los resultados de los pacientes serían las llamadas "metas de producción" (cita a Georgopoulos 1972, Goss 1970, Strauss et al.

1985 y Westley 1984) El control de la mortalidad se puede definir como uno de los resultados específicos de los pacientes, de forma tal que representa una meta de producción del hospital (48).

En este marco teórico la autora explica cómo la Organización de Enfermería en el hospital afecta tanto los resultados de Enfermería como los resultados de los pacientes. Por consiguiente la investigadora presenta la conceptualización de La Organización de Enfermería Hospitalaria en el contexto más amplio del Hospital, conceptualización desarrollada por ella misma con el fin de dar a conocer cómo encaja Enfermería en el esquema general de la organización del hospital (48).

Al respecto, la autora cita a Pennings y Goodman 1977, para mencionar que las organizaciones están compuestas de varias subunidades que de diferentes formas se afectan unas a otras así como a la totalidad de la organización. La importancia de cada subunidad para la eficacia de una organización depende de la centralidad de la sustituidad, y la forma de lidiar con la incertidumbre que presente; según estos criterios, la subunidad de Enfermería debe ser considerada como prominente en la efectividad general del hospital, dada la importancia del cuidado de Enfermería, el tamaño del personal incomparable con las demás subunidades y que el papel de la Enfermería incluye la mediación entre los tres sistemas de trabajo del hospital: el cuidado, la curación y la administración, para traducir estos sistemas en la atención al paciente (48).

A partir de este marco teórico que explica la valoración de la efectividad organizacional y enfatiza en el puesto que ocupa Enfermería en el amplio contexto hospitalario, la autora se centra en los dilemas que se les presentan a los administradores hospitalarios cuando organizan las enfermeras. Estos son (48):

- A. Dilemas organizacionales: Organizarlos esfuerzos de muchos trabajadores que realizan una tarea de gran escala y dar cabida a los profesionales en las organizaciones complejas, dada la tensión entre la autonomía profesional y el control administrativo (48).

Lake cita a Flood 1994 para mencionar que cuando se organizan muchos trabajadores en una sola tarea, se debe tener en cuenta (48):

- *Control en la toma de decisiones sobre el trabajo.*
- *Coordinación de los esfuerzos de trabajo a través de los trabajadores*

Las modalidades de organización del trabajo en los hospitales varían entre dos tipos de modelos, burocrático y profesional (para afirmar esto la autora cita a Alexander 1982) (48):

- *El modelo burocrático, también conocido como el modelo centrado en la tarea, hace hincapié en el control ejercido por la autoridad jerárquica y la aplicación de las reglas formales. Una unidad basada en este modelo refleja un alto grado de especificidad de procedimiento, la diferenciación de las tareas, y/o centralización de la toma de decisiones. Este enfoque de la atención al paciente enfatiza los aspectos del cuidado, tales como los procedimientos especializados, altamente técnicos asociados a las intervenciones biomédicas. Los profesionales de Enfermería normalmente administran medicamentos, los técnicos de Enfermería administran tratamientos y los auxiliares de Enfermería baña o toma la temperatura (48).*
- *El modelo profesional, también conocido como el modelo centrado en el objetivo, hace hincapié en las calificaciones de los miembros del personal y los sistemas de control colegiados que operan en el personal profesional. Una unidad centrada en el objetivo se caracteriza por tareas no segmentadas, personal de amplia autoridad para la toma de decisiones y los procedimientos de operación flexibles. Los funcionarios están preocupados por la completa gama de tareas de atención al paciente (48).*

El modelo burocrático versus el profesional tiene implicaciones para la tensión en el trabajo, como el estrés y el agotamiento (48).

B. Dilema de trabajo: Organizar el trabajo dentro del hospital, teniendo en cuenta que éste se caracteriza por ser complejo e impredecible (48).

Citando a Strauss, Fagerhaugh, Suczek, y Wiener 1985, la autora afirma que la atención al paciente implica el manejo de la enfermedad aguda y la responsabilidad en la intervención de los pacientes hospitalizados. Tanto el curso de la enfermedad como su

manejo clínico son inherentemente complejos e impredecibles. Las condiciones de salud y las respuestas al tratamiento no se pueden predecir o controlar por adelantado. Las fuentes de peligro potencial de la enfermedad y el riesgo de la intervención son múltiples e interactúan entre ellas. Lo anterior sugiere una posibilidad permanente de cometer errores, a la que se ven enfrentados los profesionales de Enfermería en su trabajo, la cual implica riesgos importantes para los pacientes. Para establecer acciones de prevención del riesgo se requiere un estado de alerta y habilidades profesionales para trabajar de forma segura (prevención, vigilancia y acción de rectificación) (48).

Por tanto, para garantizar la seguridad clínica, es necesario que exista un fundamento organizacional para llevar a cabo las tareas con éxito. De acuerdo con estos el modelo profesional aparece como un ideal para el trabajo seguro, ya que se caracteriza por una mayor presencia de profesionales de Enfermería con el paciente, lo que permite que la acción preventiva y la vigilancia sea posible, mientras que a la vez genera mayor autoridad en la toma de decisiones y flexibilidad para el profesional, dando lugar a acciones adecuadas y eficaces (48).

En conclusión, Lake determina que las formas burocráticas de organización son disfuncionales porque son demasiado rígidas para permitir la suficiente flexibilidad en los procedimientos internos (citando a Perrow 1970 y Woodward 1965). Los profesionales del ámbito hospitalario necesitan suficiente flexibilidad en la regulación del trabajo de tal forma que existan escenarios adecuados para la atención personalizada a los pacientes cuyas condiciones y respuestas a la enfermedad no se pueden predecir o controlar de antemano. Un modelo profesional ofrece criterio profesional para tratar más eficazmente con los aspectos complejos o inciertos de la atención al paciente, y para coordinar la atención en general (48).

Conceptualización de la Organización de Enfermería Hospitalaria

Finalmente la investigadora presenta su propia concepción de la organización de la Enfermería del hospital, la cual se basa en los argumentos presentados anteriormente. Esta conceptualización incorpora una dimensión de los recursos humanos y una dimensión estructural social (48).

1. *Recursos humanos - Personal de Enfermería: caracterizado por calidad (mezcla de habilidades del personal, preparación educativa, experiencia, experticia*

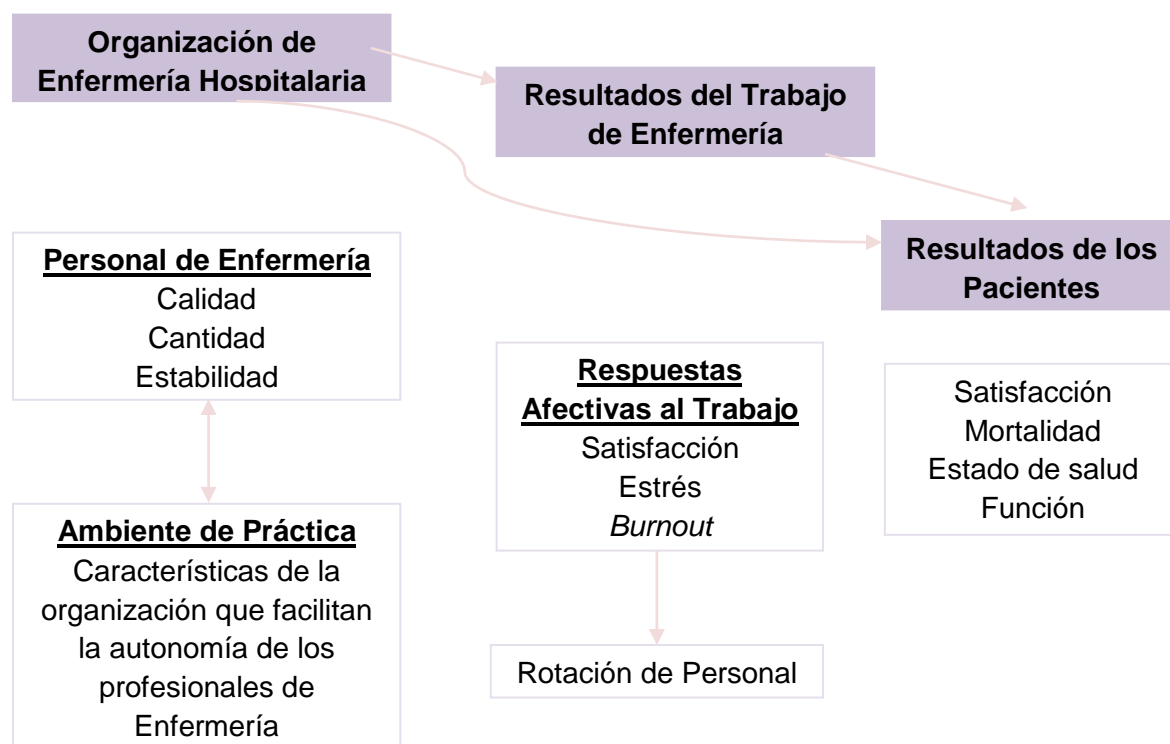
clínica), cantidad (número de profesionales de Enfermería disponibles para el cuidado del paciente) y estabilidad (continuidad del personal en el tiempo) (48).

2. Estructura Social – Ambiente de práctica: características de la organización que quebrantan o facilitan la autonomía de los profesionales de Enfermería (48).

Los anteriores son dos aspectos complementarios en la Organización de la Enfermería Hospitalaria: El personal de Enfermería refleja la presencia numérica y su capacidad inherente; el ambiente de práctica influencia el ejercicio y el cultivo de esa capacidad (48).

Con relación a lo anterior, Lake presentó una gráfica con la que representa lo descrito previamente, Figura 4-1:

Figura 4-1: Marco teórico de las relaciones entre la organización de Enfermería hospitalaria, los resultados de Enfermería y los resultados del paciente, enviado por Lake (48).



Fuente: Lake, Chapter 1: Conceptualization of the Organization of Hospital Nursing. 2002.

Finalmente, la investigadora envió el artículo en el cual se publicó el estudio realizado, sin embargo, la revisión del mismo hizo parte de la construcción del marco teórico de la presente investigación, por cual no se presenta nuevamente en este capítulo.

Es importante resaltar que existe una diferencia entre la definición de ambiente de práctica de Enfermería que Lake presenta en el extracto de su tesis y la que se puede evidenciar en el artículo publicado, la cual radica en mencionar o no la “autonomía de los profesionales de Enfermería”, Tabla 4-1:

Tabla 4-1: Definiciones de Ambiente de Práctica de Enfermería (31,48).

DEFINICIONES DE AMBIENTE DE PRÁCTICA DE ENFERMERÍA SEGÚN LA AUTORA DEL “PES-NWI”, LAKE 2002	
<i>Extracto de la tesis enviada por Lake</i>	<i>Artículo de revista publicado por Lake</i>
Características de la organización que quebrantan o facilitan la autonomía de los profesionales de Enfermería.	Características organizacionales de un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica de la Enfermería profesional.

Fuente: Lake, Chapter 1: Conceptualization of the Organization of Hospital Nursing. 2002.

Fuente: Lake, “Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index”, 2002.

En el proceso de revisión de la teoría enviada por la autora se encontró que aunque con el “PES – NWI” se pretende medir específicamente el constructo “*Ambiente de Práctica de Enfermería*”, éste no se desarrolla a profundidad, ya que como se detalla en el presente apartado la teoría se centra en la descripción de la Organización de Enfermería hospitalaria en general y no en el Ambiente de la Práctica en particular.

Debido a que no se encontró un soporte teórico específico para el constructo Ambiente de Práctica de Enfermería, un análisis factorial confirmatorio no tendría respaldo. Aun así, con el objeto de avanzar en el ejercicio académico, dado que esta tesis tiene carácter formativo, la investigadora sometió el instrumento a un Análisis Factorial

Confirmatorio (AFC) que se presentará a continuación. Para dicho análisis se tuvo en cuenta la estructura presentada claramente en el artículo descrito anteriormente; aunque vale la pena reiterar que ésta, según lo reportado por Lake en su publicación de 2002, se basó únicamente en los resultados estadísticos, y los nombres de cada dimensión fueron otorgados de acuerdo a la interpretación conceptual de cada grupo de ítemes.

4.1.2 Análisis factorial confirmatorio del “*PES - NWP*”

Haciendo uso del software *AMOS*, el instrumento “*PES - NWP*” fue sometido a un análisis factorial confirmatorio AFC, con la finalidad de explicar las correlaciones existentes entre los ítemes (variables observadas) y los factores o dimensiones definidas (variables latentes). En el AFC, las variables observadas X_j fueron modeladas como combinaciones lineales de los factores F_m y los errores E_j . El AFC del instrumento refleja un total de sesenta y siete {67} variables, distribuidas en treinta y una {31} endógenas (ítemes respondidos por 144 encuestados) y treinta y seis {36} exógenas, Tabla 4-2. De estas últimas, cinco {5} corresponden a los factores y treinta y una {31} a las variables de error. Las dimensiones enmarcadas dentro del ambiente de práctica de Enfermería para el “*PES - NWP*”, son:

- F_1 : Participación Profesional
- F_2 : Calidad del Cuidado
- F_3 : Liderazgo
- F_4 : Recursos Adecuados
- F_5 : Relaciones Interdisciplinarias

El instrumento sugiere que existe influencia mutua entre la “Participación Profesional” y la “Calidad del Cuidado”, por lo que el AFC responde a un modelo de factores correlacionados, $F_1 \longleftrightarrow F_2$.

En la especificación del sistema, se siguió la metodología tradicional que impone $\lambda_{jm} = 0$ para el ítem “ j ” que no satura en el factor “ m ”, particularmente AMOS fija $\lambda_{jm} = 1$ en caso contrario, y se asignó la métrica de los factores igualando sus varianzas a uno ($\sigma^2_{Fm} = 1$). Esto queda estipulado por defecto en el programa, una vez se genera el modelo mediante la elaboración del esquema “*path diagram*”. La Figura 4-2 expone el diagrama de senderos para el instrumento “*PES - NWI*”, con cinco {5} dimensiones y treinta y un {31} ítemes, cuya especificación se logra por implementación directa del software AMOS.

El análisis de grados de libertad (gl) precisa si el modelo se encuentra identificado para la posterior estimación de parámetros, o si en procura de tal efecto, se hace necesaria su redefinición. El instrumento “*PES - NWI*”, que está conformado por treinta y una {31} variables observadas $J = 31$, cuenta con $(J(J+1))/2 = (31(31+1))/2 = 496$ elementos en la matriz **S** de varianzas-covarianzas observada. Así mismo, el número de parámetros a estimar “ t ” es equivalente a treinta y un {31} pesos factoriales λ_{jm} , treinta y una {31} varianzas de los errores σ^2_{Ej} y una {1} covarianza entre factores σ_{F1F2} ; para un total de: $t = (31+31+1) = 63$, Tabla 4-2. Es evidente que el número de datos disponibles es mayor que el de parámetros a predecir, por lo que $gl > 0$.

$$gl = \left[\frac{J(J+1)}{2} - t \right] = \left[\frac{31(31+1)}{2} - 63 \right] = 433 > 0$$

En consecuencia, el modelo está identificado y debería existir un conjunto de parámetros estimados que hicieran que los residuos tomaran el valor absoluto más pequeño posible, siendo ésta a su vez una solución única.

Tabla 4-2: Resumen de variables y grados de libertad para el AFC, instrumento “*PES - NWI*”.

VARIABLES			GRADOS DE LIBERTAD (GL)	
CLASIFICACIÓN	REPRESENTACIÓN	NÚMERO		
Observadas (J): <i>Endógenas</i>	X_j	31	Elementos matriz observada S	496
Latentes: <i>Exógenas</i>	F_m, E_j	36	Parámetros a estimar: t	63
Total		67	$gl = (J(J+1))/2 - t$	433

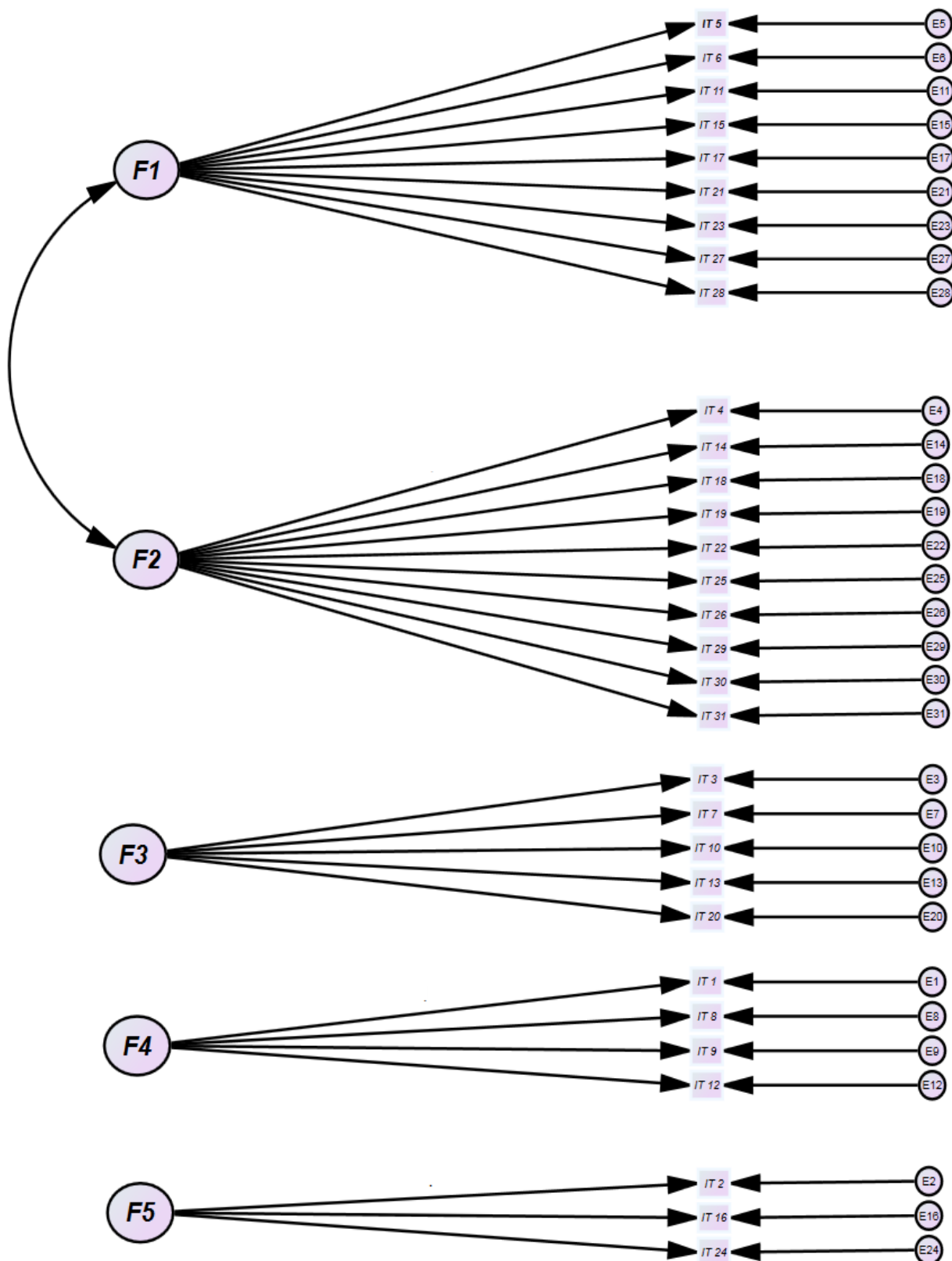
Figura 4-2: "Path diagram" para el instrumento de factores correlacionados "PES - NWI".

Tabla 4-3: Parámetros estimados con el método ML “*Maximum Likelihood*” para el instrumento “*PES - NWI*”, software *AMOS*.

FACTOR		ÍTEM	PARÁMETRO ESTIMADO			
			PESO		ERROR	
			ESTANDARIZADO	NO ESTANDARIZADO		
F_m		→	X_j	λ^*_{jm}	λ_{jm}	σ^2_{Ej}
$\sigma_{F1F2} = 0,689$	F1: Participación Profesional	→	5	0,539	1,000	0,315
			6	0,487	0,782	0,253
			11	0,545	0,958	0,280
			15	0,577	1,052	0,286
			17	0,566	0,988	0,268
			21	0,611	1,018	0,224
			23	0,593	0,814	0,158
			27	0,635	1,000	0,190
			28	0,628	0,960	0,182
	F2: Calidad del Cuidado	→	4	0,459	1,000	0,168
			14	0,626	1,664	0,192
			18	0,667	1,508	0,127
			19	0,606	1,322	0,134
			22	0,631	1,509	0,154
			25	0,576	1,356	0,165
			26	0,566	2,058	0,401
			29	0,240	0,679	0,337
			30	0,095	0,310	0,469
			31	0,187	0,410	0,208
			F3: Liderazgo	→	3	0,590
	7	0,704			0,996	0,140
	10	0,807			1,160	0,100
	13	0,473			0,789	0,301
	20	0,791			1,381	0,158
F4: Recursos Adecuados	→	1	0,398	1,000	0,401	
		8	0,311	0,703	0,350	
		9	0,502	1,020	0,233	
		12	1,070	2,361	-0,053	
F5: Relaciones Interdisciplinarias	→	2	0,621	1,000	0,150	
		16	0,649	1,131	0,166	
		24	0,835	1,284	0,068	

Tomando como punto de referencia la matriz **S** de varianzas - covarianzas observada, se estimaron los sesenta y tres {63} parámetros del AFC que daban origen a la matriz **S*** de varianzas - covarianzas reproducida, minimizando la función de discrepancia $d(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*) = \text{res}(\mathbf{S}, \mathbf{S}^*)$. El modelo seleccionado en AMOS fue el de “*Maximum Likelihood*”: ML, asumiendo abiertamente que la distribución de las variables era multivariada normal. La Tabla 4-3 evidencia los valores finales de los parámetros estimados (λ_{jm} , σ^2_{Ej} , σ_{F1F2}) para el modelo AFC del instrumento “*PES - NWI*”. En ésta los pesos de los ítemes en las dimensiones se presentan tanto estandarizados como no estandarizados.

La evaluación del ajuste del instrumento “*PES - NWI*” a través de un modelo AFC arrojó resultados insatisfactorios, como quiera que la solución global del sistema, los diferentes índices de bondad de ajuste y los componentes individuales estimados del modelo, mostraron valores distantes de los criterios establecidos por diversos autores como pautas de un acople apropiado (40–42,45) y en otros casos, inclusive, la información que predice el modelo llega a ser inconsistente.

El estadístico Chi - Cuadrado (X^2) de Pearson con $gl = 433$ y $p = 0,00$, toma un valor de 1344,23. Al dividir este índice inferencial en los grados de libertad del modelo gl , se incursiona en una categoría ahora descriptiva de ajuste absoluto, en la cual la razón $(X^2/gl) < 3,00$, corresponde a un indicativo apenas aceptable de ajuste. Aun así, en la Tabla 4-4 se identifica que el valor del índice calculado, excede el intervalo de aprobación. De manera semejante, para otros índices descriptivos de ajuste absoluto como: RMR, RMSEA, GFI y AGFI; al igual que para aquellos de ajuste comparativo: NFI, CFI, RFI y TLI, el modelo AFC estipula valores que en todos los casos quedan por fuera de los criterios de aceptación.

La Tabla 4-4 confronta los índices alcanzados en el AFC con los criterios de aceptación reportados en la literatura (40–42,45). En ésta, se puede notar que ninguno de los índices de bondad de ajuste cumple con la condición de aprobación. Lo anterior implica entonces, que bajo ningún escenario un índice particular ni un criterio mixto: $SRMR < 0,09$ y $RMSEA < 0,06$; $SRMR < 0,09$ y $CFI > 0,95$; $TLI > 0,95$ y $SRMR < 0,09$; $RMSEA < 0,06$ y $SRMR < 0,09$; conduciría a inferir el acople apropiado del modelo AFC desarrollado.

Como se argumentó previamente, una inspección de los parámetros estimados de la Tabla 4-3, conlleva a detectar que la varianza del error asociado con el ítem 12 (σ^2_{E12}) toma un signo negativo {-}, -0,053, lo cual supone que la solución brindada al grupo de parámetros es en conjunto inconsistente, puesto que la varianza es una medida de dispersión elevada al cuadrado, por lo cual no tolera valores menores a cero, $\sigma^2_j > 0$. En tal sentido, como la mecánica de estimación exige que todos y cada uno de los valores sean consistentes, la solución propuesta resulta inadmisibile, en vista que no se consiguió un {1} valor coherente para uno de los sesenta y tres {63} parámetros estimados. Haciendo esta salvedad, quizá en términos cualitativos, un resultado que valdría la pena corroborar sería el vínculo postulado entre los factores “ F_1 : Participación Profesional” y la “ F_2 : Calidad del Cuidado” (σ_{F1F2}), el cual es de signo positivo {+}, 0,689, insinuando una relación de proporcionalidad de las variables latentes, es decir que a mayor participación profesional en un servicio de Enfermería, la calidad del cuidado se incrementa y viceversa.

Tabla 4-4: Índices de bondad de ajuste para el AFC del instrumento “*PES - NWI*”, software *AMOS* comparados con el criterio de aceptación.

ÍNDICE DE BONDAD DE AJUSTE AFC “ <i>PES-NWI</i> ”		CRITERIO DE ACEPTACIÓN
χ^2 / gl	3,10	< 3,00
RMR	0,07	< 0,05
RMSEA	0,12	$\leq 0,06$
GFI	0,62	$\geq 0,95$
AGFI	0,56	
NFI	0,42	
RNI CFI	0,51	
RFI	0,38	> 0,90
TLI	0,47	$\geq 0,96$

En síntesis, a la luz de los resultados obtenidos usando el software *AMOS*, el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de factores correlacionados llevado a cabo, es inadecuado para explicar los patrones de covariación entre los ítemes y las dimensiones definidas por

el instrumento "*PES - NWI*", que fue diseñado con el propósito de evaluar el ambiente de práctica de Enfermería.

De acuerdo con los hallazgos anteriores, no es posible avanzar en el ajuste del instrumento "*PES - NWI*", conforme en los objetivos específicos planteados, que pretendían, a partir del logro del primero, identificar similitudes y diferencias entre los contextos en los que se validó el instrumento, a saber: contexto americano y contexto colombiano e identificar posibles desajustes en su versión en español, relacionados con la estructura gramatical de cada uno de los ítemes.

Es así como, ante las falencias de constructo observadas en desarrollo del objetivo uno, se decidió entonces buscar un soporte teórico - conceptual que pudiera fundamentar el instrumento, de manera que, con base en ese sustento, fuera posible buscar mejorar su diseño, para que más adelante pudiese utilizarse.

En virtud de lo expuesto, a continuación se muestran los resultados de un análisis de literatura realizado con el interés de identificar la correspondencia de los ítemes con ciertas categorías conceptuales que, eventualmente, pudieran ser probadas posteriormente con un nuevo análisis factorial a partir de esa construcción. Para ello se partió de la definición de Ambiente de Práctica de Enfermería sugerida por la autora en su artículo "*Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*" (31), pero tomando como base elementos de la sociología de las organizaciones, ocupaciones y del trabajo que parecen tener coincidencias con el concepto que presenta Lake.

4.2 Revisión de literatura sobre las Dimensiones del Ambiente de Práctica de Enfermería

Panunto y Guirardello 2013, consideran un desafío identificar y analizar los aspectos que se encuentran en el ambiente de la práctica del enfermero, con el objetivo de proponer mejoras en las características de las organizaciones en las que se lleva a cabo la práctica de Enfermería y promover cambios en el escenario de cada institución (49). En búsqueda de lo anterior, y debido a la imposibilidad de hallar en las respuestas de Lake

la sustentación teórica clara que logre describir el “*Ambiente de práctica de Enfermería*”, se llevó a cabo una revisión de literatura con la intención de reconocer cómo se solapan las “Características organizacionales de un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica de la Enfermería profesional” con los aspectos que definen el ambiente de trabajo según la sociología de las organizaciones, partiendo de la información brindada por Lake en la que afirmó que el instrumento se basaba en esta área del conocimiento.

De acuerdo a la revisión de los autores como Armstrong 1991, Lucas 2002, y Davis 2002, el entorno de las organizaciones se refiere a las características físico-socio-psicológicas del entorno laboral, determinadas por variados factores que incluyen infraestructura, políticas de la organización y el comportamiento particular de las personas en el trabajo. Se busca que el entorno de práctica se torne saludable, de forma tal que las normas, los procedimientos y los sistemas estén diseñados para que los empleados sean capaces de cumplir con los objetivos de la organización y lograr la satisfacción personal y profesional (50–52).

Como punto de partida para la revisión, se consideró la definición de sociología. Giddens, menciona que la sociología es el estudio de la vida social humana, de los grupos y sociedades (53), mientras que Zorrilla la define como la ciencia que estudia grupos humanos y procura describir, explicar o predecir el comportamiento de esos grupos, y de sus miembros componentes, en función de las estructuras del grupo y de las tradiciones acumuladas por él en curso de su formación histórica (54). En este sentido, se ha determinado que una forma de agrupación humana en la sociedad moderna son las organizaciones, y en consecuencia se presenta la sociología de las organizaciones como el estudio de las colectividades en función de su organización, que se considera como un sistema de actividades o fuerzas personales y estructurales conscientemente coordinadas (51).

Por ende, se llevó a cabo un proceso de revisión de literatura con el fin de encontrar diferentes aspectos relacionados con la sociología de las organizaciones, los cuales tienen como fin detallar y estructurar el funcionamiento de las organizaciones, proporcionando información útil para comprender las características que tiene el día a día de las mismas, y que afectan el desarrollo profesional de quienes las integran. De forma paralela se revisaron las características que definen el ambiente de práctica de

Enfermería específicamente, descrito en investigaciones que han explorado este aspecto.

Así, en la revisión de la sociología de las organizaciones, se identificaron cuatro aspectos generales que pueden influir en el ambiente de trabajo: Participación y empoderamiento, Motivación; Comunicación y relaciones laborales y Liderazgo (50–52); que se relacionaron con características del ambiente de práctica de Enfermería descritas en las investigaciones revisadas (55–61). A partir de lo anterior, se realizó una clasificación en la que se explica la relación que tiene cada uno de los ítemes con las teorías consultadas.

Se describen a continuación uno a uno los aspectos hallados en la teoría de la sociología de las organizaciones y las características del Ambiente de Práctica de Enfermería, que es posible asociar a ésta, de acuerdo a la relación conceptual encontrada.

4.2.1 Participación y empoderamiento

La participación tiene lugar cuando las personas se reúnen para compartir en la toma de decisiones sobre asuntos de interés mutuo, de tal manera que ningún grupo sea dejado fuera del proceso; implica que cada persona puede participar en la toma de decisiones como un miembro con pleno derecho de un grupo (62). La participación en el trabajo es uno de los problemas más grandes de las organizaciones modernas. Se refiere a la interacción entre la gerencia y los empleados en la toma de decisiones sobre asuntos de interés mutuo, que puede aumentar el grado de protagonismo y/o influencia de los empleados en la organización, de forma personal, social, económica; así como la extensión de las facultades, información, consulta, veto o aprobación (50,51). Con relación a esto, se puede mencionar que la participación exige compartir el uso de la autoridad para que los empleados experimenten una mayor sensación de involucramiento en la organización (52,63).

Con respecto a la participación es importante tener en cuenta que los trabajadores con adecuado nivel educativo y niveles más altos en la organización, suelen buscar más participación, dado que se sienten mejor preparados para hacer contribuciones útiles. Cuando no se les permite aportar, tienden a presentar un menor desempeño y a sentir menor satisfacción, autoestima débil y mayor tensión. Sin embargo, otros empleados

solo desean un mínimo de participación y no se molestarán si no se les involucra mucho. La participación no es algo que se deba aplicar igual a todos. Por el contrario, debe responder a las necesidades de cada persona (52).

Tipos – Programas de participación

En un sentido amplio, la participación en las organizaciones comprende todos aquellos medios y formas a través de las cuales los trabajadores pueden influir en decisiones empresariales; hay una variedad muy amplia en la que los empleados pueden tener protagonismo en la organización en la que prestan sus servicios, aunque la premisa debe ser que en todos los esquema de participación el flujo de información y resultados compartidos son los pilares fundamentales (51).

1. Participación en la propiedad:

Los trabajadores ostentan, en parte o en su totalidad, la propiedad de la empresa en la que están empleados (51).

2. Administración consultiva:

Los administradores piden a sus empleados reflexionar sobre ciertos asuntos, compartir su experiencia y contribuir con ideas propias antes de que sea tomada una decisión administrativa (52).

3. Programas de sugerencias:

Planes formales para estimular a los empleados para que recomienden mejoras laborales en forma individual (52).

4. Énfasis en la calidad:

Organización en comités a grupos de trabajadores y sus administradores para considerar y resolver problemas de trabajo. A estos grupos se les llama también comités de trabajo,

comités mixtos trabajadores - dirección, fuerzas de tarea para mejoras laborales o equipos de participación. Algunos métodos para este tipo de participación son (52):

Círculos de calidad: a grupos de voluntarios que reciben capacitación se les reúne para producir ideas de elevación de la productividad y mejora de las condiciones de trabajo (51,52).

Administración de calidad total: supone involucramiento de todos los empleados en el proceso de búsqueda de mejoras continuas en sus operaciones. La calidad de los productos y servicios se convierte en un llamado a todos los empleados, y cada paso de los procesos de la empresa es sometido a un intenso y regular escrutinio en busca de medios para mejorarlo. Los empleados reciben amplia capacitación. Este enfoque constituye un programa formal con la participación directa de todos los empleados (52).

5. *Comités administradores intermedios:*

Son mecanismos grupales para incrementar la participación de los administradores de niveles inferiores a los niveles organizacionales más altos (52).

6. *Equipos autodirigidos:*

Grupos de trabajo natural a los que se les concede un alto grado de autonomía en la toma de decisiones y de los que se espera que controlen su comportamiento y sus resultados (52).

Elementos de la participación

Involucramiento mental y emocional: una persona que participa involucra su ego, en lugar de involucrarse meramente en las tareas (52).

Contribución: los individuos se sienten dotados de autoridad suficiente para liberar sus recursos de iniciativa y creatividad en favor del cumplimiento de los objetivos de la organización (52).

Responsabilidad: la participación alienta a los individuos a aceptar la responsabilidad de las actividades de su grupo (52).

Prerrequisitos de la participación (52)

Tiempo adecuado para participar.

Beneficios principales, mayores que los costos.

Pertenencia para los intereses de los empleados.

Adecuadas capacidades de los empleados para ocuparse del tema.

Capacidad mutua de comunicación.

Ninguna sensación de amenaza para ninguna de las partes.

Restricción al área de margen de maniobra laboral.

4.2.2 Participación y empoderamiento en el ambiente de práctica de Enfermería

En el ambiente de práctica de Enfermería la participación y empoderamiento de las profesionales también se puede llegar a considerar un problema sobre el que es necesario trabajar para mejorar las condiciones sociales que afectan la labor desempeñada por estas trabajadoras. La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidado Crítico (*American Association of Critical - Care Nurses: AACN*) se ha preocupado por la definición e implementación de ambientes saludables para la práctica de Enfermería. Con relación a esto definieron seis estándares esenciales para la creación de ambientes de trabajo seguros, sanos y respetuosos de los derechos, responsabilidades, necesidades y contribuciones de todas las personas, incluidos los pacientes, sus familias y los profesionales de Enfermería; entre estos estándares se encuentra definida la toma de decisiones eficaces por parte de las enfermeras y los enfermeros como de gran importancia para la implementación de este tipo de ambientes (64).

Por otro lado, con relación a la participación se debe mencionar la importancia del control o empoderamiento sobre la práctica; éste es un atributo que los profesionales de Enfermería deben cultivar con el fin de actuar de manera autónoma, ya que es a través

del poder que los miembros de una profesión son capaces de mejorar su situación, definir su área de especialización y mantener influencia. Se ha encontrado que un lugar de trabajo en el que las enfermeras y os enfermeros cuentan con empoderamiento tiene como resultado mayores niveles de control, cargas de trabajo más manejables, mayores recompensas y reconocimientos por las contribuciones al cumplimiento de los objetivos de la organización, procedimientos más justos en toda la organización, mejores relaciones entre los compañeros de trabajo y de gestión, y una mayor congruencia entre los valores personales y organizacionales. Los empleados empoderados confían en la gestión y experimentan un mayor sentido de la justicia organizativa y el respeto en su entorno laboral (55).

En adición, hace parte de la participación de Enfermería, la autonomía en la práctica clínica que ha sido identificada como un factor importante de un entorno de trabajo saludable. Ésta ha sido definida como la calidad y el nivel de autogobierno, junto con la capacidad de ejercer su juicio profesional en el momento oportuno (65); no es solamente el ejercicio de la práctica independiente, sino la aprobación del juicio crítico dentro de las complejas redes de las relaciones personales e institucionales que hacen posible la escogencia de oportunidades reales. El conocimiento y el juicio de Enfermería tienen lugar en las relaciones profesionales complejas y los sistemas de cuidado (66).

Dado que los enfermeros se han profesionalizado en el mundo entero, la autonomía en la práctica para aplicar un único cuerpo de conocimientos de la disciplina, ha sido vista como un indicador importante de que Enfermería es, sin duda, una profesión notable en su derecho propio. La autonomía ha sido relacionada con la calidad de vida de los enfermeros, la satisfacción por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado (66).

4.2.3 Motivación

Uno de los problemas más difíciles y complejos que existen en las organizaciones de hoy es el de la desmotivación en el personal, que conduce a: disminución de la productividad, productos y servicios de mala calidad, entregas que no se hacen a tiempo, programaciones que no se cumplen, retiro del personal, huelgas (67).

El proceso de motivación

Se puede definir motivo como la causa o razón de ser que mueve a realizar una acción, o también, toda causa de orden intelectual que produce o tiende a producir una acción voluntaria. En cualquier caso, el motivo es el componente teleológico del comportamiento, la finalidad perseguida. Y motivación es la acción de motivar: dar una finalidad o razón de ser al comportamiento; es lo que proporciona energía, dirige y mantiene el comportamiento humano, la motivación representa una fuerza energética que impulsa a las personas a obrar en forma determinada (51,67).

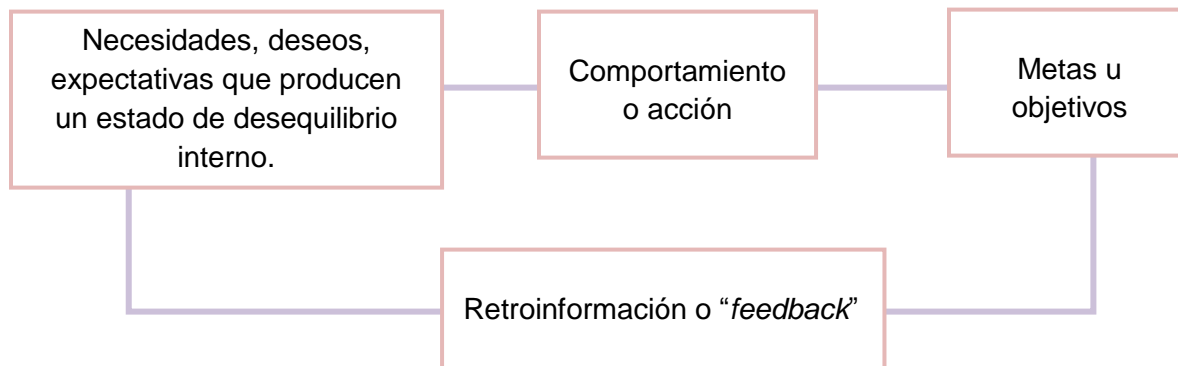
El concepto de motivación se entiende mejor si se analiza dentro de una perspectiva de sistemas. Es decir, para entender la motivación humana, hay que examinar las fuerzas que existen dentro de las personas y en el medio ambiente en el que operan y que proporcionan a las personas una retroinformación (*feedback*) y que sirve para reforzar su dirección e intensidad. El esquema general del proceso motivacional puede expresarse de la Figura 4-3 (67):

Todas las personas tienen necesidades que quieren satisfacer. Una necesidad existe cuando una persona determina que el estado actual en el que se encuentra no es en el que desea estar. Cuando la diferencia entre “*dónde está*” y “*dónde quiere estar*” es bastante grande, la persona actúa para reducir la diferencia. Este es un comportamiento dirigido a objetivos (67). Las necesidades pendientes de satisfacer producen motivos o impulsos que conducen al logro de metas u objetivos. Los motivos son los que producen la acción. Al lograr la meta u objetivo se satisface la necesidad, se reduce el motivo y se restablece el equilibrio. De acuerdo a esto, para motivar, es básico conocer el porqué de los comportamientos de los empleados y tratar de satisfacer sus necesidades. Si se quieren obtener resultados excelentes, que las personas hagan su labor con entusiasmo, que la organización logre implementar la estrategia, se deben crear puntos de partida propicios para que el personal satisfaga sus necesidades y motivar con insistencia a las personas (67).

El personal se puede motivar a que obtenga los resultados deseados, haciendo posible que satisfaga sus necesidades al lograr esos resultados. De esta forma, resulta evidente que el punto de partida más importante, para la motivación de los empleados es la

comprensión de sus necesidades. Se presentan a continuación algunos modelos que describen la clasificación de dichas necesidades (52,67).

Figura 4-3: Proceso de motivación (51,67).



Fuente: Lucas A., Sociología de las organizaciones, 2002; Blank B., La administración de organizaciones un enfoque estratégico, 1990.

Impulsos motivacionales

Esta teoría presentada por David C. McClelland, muestra cuatro tipos de impulsos que señalan la significación de los mismos para la motivación (52,67):

1. *De logro*: impulso a cumplir objetivos y seguir adelante.
2. *De afiliación*: impulso a relacionarse eficazmente con los demás.
3. *De competencia*: es el impulso a realizar un trabajo de alta calidad y desarrollar habilidades propias.
4. *De poder*: impulso a influir en personas y situaciones.

Necesidades humanas

Existen tres grandes teorías basadas en la distinción entre necesidades. Estos tres enfoques contribuyen a la creación de una base importante para los modelos motivacionales existentes, Figura 4-4 (52,67):

Figura 4-4: Teoría acerca de las necesidades humanas (52,67).

MODELO DE JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW	MODELO DE LOS FACTORES DE HERZBERG	MODELO E-R-G DE ALDERFER
Necesidades de autorrealización	Factores de motivación Trabajo mismo Logro Posibilidad de crecimiento Responsabilidad	Necesidades de crecimiento
Necesidades de estimulación de status	Ascenso Reconocimiento	
Necesidades de pertenencia y sociales	Factores de mantenimiento Estatus Relaciones con los supervisores Relaciones con los compañeros Relaciones con los subordinados Calidad de la supervisión	Necesidades de relación
Necesidades de seguridad	Política de administración de la compañía Seguridad en el empleo	
Necesidades fisiológicas	Condiciones de trabajo Remuneración	Necesidades de existencia

Fuente: Davis K., *Comportamiento humano en el trabajo*, 2002; Blank B., *La administración de organizaciones un enfoque estratégico*, 1990.

Modificación de la conducta

Se basa en la idea de que el comportamiento depende de sus consecuencias; por lo tanto, es posible que los administradores controlen, o al menos influyan en buen número

de conductas de los empleados mediante la manipulación de las consecuencias de éstas. De esta forma, la modificación del comportamiento organizacional (*Mod CO*) depende en gran medida de la ley del efecto, la cual sostiene que una persona tiende a repetir conductas acompañadas por recompensas favorables (reforzamiento) y a no repetir conductas acompañadas de consecuencias desfavorables (52).

La *Mod CO* hace mucho énfasis en el uso de retribuciones; la conducta es alentada principalmente por el uso de reforzamiento positivo, que brinda una consecuencia favorable que alienta la repetición de una conducta. Por otra parte se hace uso del reforzamiento negativo, que ocurre cuando una conducta se ve acompañada por la eliminación de una consecuencia desfavorable. Otro elemento de esta teoría es el castigo, que se concibe como la administración de una consecuencia desfavorable que desalienta cierta conducta. Finalmente está la extinción, que se refiere a la abstención de significativas consecuencias positivas anteriormente ofrecidas a cambio de una conducta deseable (52).

Fijación de metas

Funciona como un proceso de motivación porque da lugar a una discrepancia entre el desempeño alcanzado y el esperado. Esto resulta en una sensación de tensión, que el empleado puede atenuar mediante el cumplimiento de futura metas. Este método es del todo funcional cuando está presente con la totalidad de sus elementos (52):

1. Aceptación de metas.
2. Especificidad, claridad y capacidad de medición de las metas.
3. Grado de dificultad, las metas difíciles representan un reto atractivo.
4. Control y retroalimentación del desempeño en el cumplimiento de las metas.

Teoría de la instrumentalidad o la expectativa

En esta teoría la motivación se determina por medio de las expectativas y valencias:

Una expectativa es la probabilidad que una persona le asigna a un comportamiento específico para obtener un resultado determinado. Esta probabilidad puede variar de 0 a 1,0. Una expectativa de valor 0 quiere decir que la persona no cree o no ve ninguna probabilidad de que el comportamiento asumido la conducirá a un resultado deseado. Una probabilidad de 1,0 quiere decir que la persona está convencida de que ese comportamiento la llevará a obtener ese resultado (67).

La valencia se refiere al valor que la persona le asigna al resultado logrado. Hay resultados que las personas desean con bastante interés, y hay resultados que las personas no desean. Un resultado deseado puede ser un aumento de sueldo, un ascenso, un reconocimiento por su labor; un resultado no deseado puede ser un despido, una amonestación, una suspensión del trabajo por varios días. La valencia varía entre +1,0 y -1,0; un resultado altamente deseado tiene una valencia de +1,0 y un resultado no deseado tiene una valencia de -1,0 (67).

Según la Teoría de las Expectativas, la motivación es el resultado de varias clases de expectativas y de la valencia atribuida al resultado logrado. Se puede expresar así (67):

$$\text{Motivación} = (\text{Expectativa}) (\text{Valencia otorgada al resultado})$$

El valor máximo para la motivación, según esta teoría, es 1,0 (67).

Factores que contribuyen a la motivación de las personas en las organizaciones

A partir del reconocimiento de los distintos postulados acerca de la motivación de los trabajadores a lograr un buen desempeño, se pueden establecer puntos en común como los siguientes (67):

1. Trabajo retador: una labor alejada de la rutina, un trabajo innovador y creativo.
2. Reconocimiento de la labor realizada: un reconocimiento real y honesto, para aquellas personas que demuestran un trabajo sobresaliente.

3. Participación en las decisiones relacionadas con el trabajo: las personas esperan y desean que se les consulte cómo realizar los trabajos.
4. Oportunidades para ascender en la organización: el desarrollo personal y profesional representa para la mayoría de personas mejor sueldo, mayor autoridad, poder, prestigio, motivo para ser ejemplo a seguir.
5. Oportunidades para el desarrollo personal: casi todas las personas ansían progresar, tener un crecimiento personal, tener mayores conocimientos, oportunidad de estudiar, obtener un título, etc.

4.2.4 Motivación en Enfermería

En la práctica de Enfermería se han evidenciado las oportunidades de educación y desarrollo profesional como una razón fuerte para sentirse motivado en el lugar de trabajo (56,58,68). En el mismo sentido, es importante para los profesionales de Enfermería encontrar que en su lugar de trabajo son acompañados y valorados por los administradores (66,68). Este aspecto también es desarrollado por la AACN dentro los estándares de ambiente saludable que ha propuesto, en donde se hace referencia a la motivación del personal por medio de la satisfacción de la necesidad de reconocimiento significativo; establece que los profesionales de Enfermería deben ser reconocidas y deben reconocer a otros por el valor que cada uno aporta a la labor de la organización. Asimismo, explica que la mayoría de las enfermeras y los enfermeros se sienten insatisfechos con el reconocimiento que ellas reciben de los empleadores. Con el ánimo de mejorar esta situación, la AACN sugiere a los líderes de Enfermería enfatizar en el crecimiento y desarrollo personal, así como proporcionar múltiples recompensas por la experiencia que algunas profesionales puedan tener y oportunidades de progreso clínico. Para lograr establecer pautas que permitan a la organización promover el reconocimiento de las enfermeras y enfermeros se debe establecer un sistema que incluya procesos formales y estructurados que aseguren un foco sustancial de reconocimiento a todo el equipo por su contribución y el valor que brindan al trabajo de la organización (64).

Por otra parte, la carga laboral, definida como la cantidad de presión en las enfermeras y enfermeros para llevar a cabo el cuidado o tareas por paciente, se considera

determinante para los resultados de Enfermería y del paciente. Es así como se ha evidenciado que la sobrecarga laboral afecta la percepción de la calidad del trabajo y el ambiente de práctica (55,64,69–71). Del mismo modo, la suficiencia de recursos materiales y el acceso a los servicios necesarios se cuentan dentro de las necesidades de los profesionales de Enfermería para poder llevar a cabo una práctica dentro de un ambiente que ellas puedan considerar saludable (55,70).

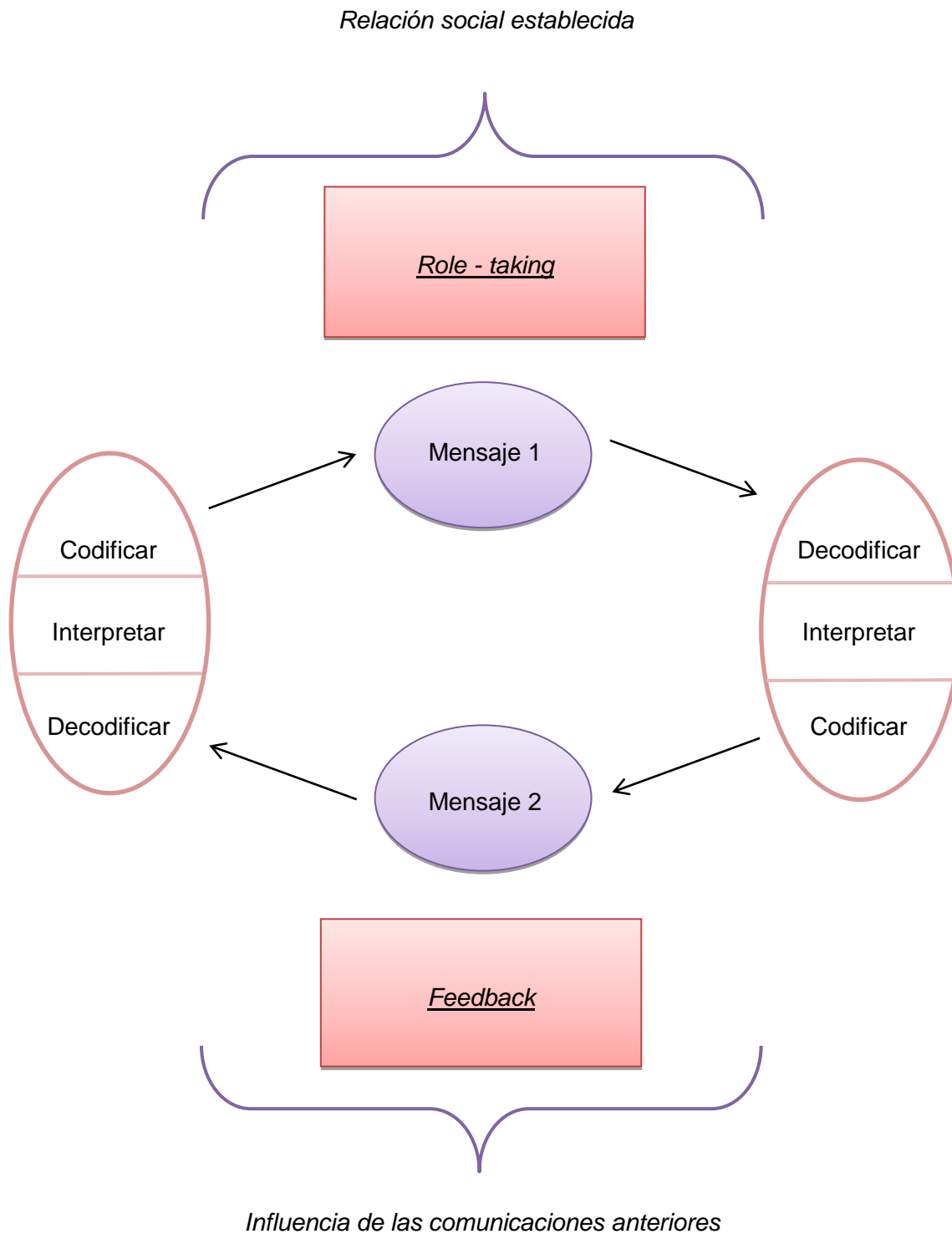
4.2.5 Comunicación

En la vida social actual la comunicación y el intercambio de símbolos es una actividad central, esta situación se acelera cada día más, dejando atrás a los que no sean capaces de comunicarse efectivamente (51).

Toda posible definición de comunicación debe incluir la idea de un proceso de ida y vuelta de contenido informativo que produce cambios. Esto significa que es algo más que información y transmisión de conocimiento. La comunicación humana es un proceso en el que fuentes individuales inician mensajes usando símbolos convencionales, signos no verbales y señales contextuales para expresar significados por transmisión de información, de tal manera que similar o paralela comprensión se construye por la parte o partes receptoras a las que se dirige el mensaje. Sobre estas ideas se ha expuesto un modelo de transición simultánea en la comunicación interpersonal, Figura 4-4, definido por las siguientes preposiciones (51):

1. La codificación y decodificación al mismo tiempo en las dos partes.
2. El *role - taking* y el *feedback* en la doble relación entre ambos sujetos (ida y vuelta de la información).
3. La influencia del ambiente físico donde la transición tiene lugar.
4. La importancia de las anteriores interacciones comunicativas.
5. La influencia de la situación sociocultural en la que la comunicación tiene lugar.

Debe considerarse siempre la influencia de la relación social existente entre las partes.

Figura 4-5: Modelo de comunicación interpersonal (51).

Fuente: Lucas A., *Sociología de las organizaciones*, 2002.

La comunicación en las organizaciones

La sociedad de la información es también una sociedad de organizaciones, pues los seres humanos han aprendido de forma creciente a coordinarse para la realización de muchas tareas arduas en un mundo complejo y desafiante; así, la comunicación es la esencia de la actividad organizada y el proceso básico del que otras funciones se derivan. En esta perspectiva, se asume que hay comunicación humana cuando una persona responde a un mensaje: unos símbolos o cosas materiales a los que la gente está atenta o crean significados en el proceso de comunicación, sea ésta interna (para sí mismo) o externa (para los demás). En el proceso de comunicación conviene destacar: la importancia del contexto y la existencia de muchos componentes que interactúan simultáneamente: mensajes, significados que la gente crea y contexto (51)

La comunicación organizacional es, pues, el proceso de interacción entre individuos encaminados al logro de unos objetivos (72,73). Se ha de considerar como una especie de “base general” sobre la que se dibuja la conducta de la organización, la importancia que tiene para la misma se refleja en que (74):

1. Constituye un aspecto extremadamente importante para los procesos de coordinación de la organización (74).
2. Representa el mecanismo del que se sirve la organización para impartir instrucciones u órdenes en relación con roles o funciones, para transmitir informaciones a sus miembros y recibirlas a su vez de éstos (intercambio interno) (74).
3. Mantiene una relación de interacción entre la organización y el medio ambiente (74).

Los puntos capitales de los procesos de comunicación de una organización consisten:

1. En la transferencia e intercambio de información tanto dentro de la organización, como fuera de ella.

2. En su influencia y poder.
3. En la intención de dirigir y cambiar la conducta.

Es indudable que una comunicación bien planificada constituye un elemento esencial para la organización, ya que las deficiencias en relación con la misma conducirían a:

1. Falta de comprensión de los objetivos de la empresa.
2. La incapacidad de desempeñar cargos individuales de acuerdo con las normas más estrictas posibles.
3. Carencia de percepción de las necesidades de los usuarios y de los desafíos de la competencia.
4. Malas relaciones con los superiores inmediatos.
5. Crítica y mala comprensión entre los diferentes departamentos y divisiones.
6. Disminución general en el estado de ánimo del personal.

Importancia de la comunicación

La comunicación organizacional es el proceso por el que los miembros juntan la información pertinente acerca de la organización y de los cambios que ocurren en ella. Las organizaciones funcionan mientras sus miembros cooperan. Los miembros están en continuos procesos de organización y reorganización. La comunicación es el proceso por el que estos medios acostumbran a facilitar la realización de actividades coordinadas. De esta manera, la comunicación se ha desarrollado como un mecanismo adaptativo para la humanidad, en otras palabras, como un instrumento que la gente usa para ayudarse a reconocer y responder a los desafíos de su existencia. La comunicación ayuda a la gente a sobrevivir dándoles información acerca de las dificultades de la convivencia y la forma

de evitarlas. También se usa la comunicación para desarrollar alianzas con otros que ayudan a sobrevivir: por la comunicación los individuos se adaptan a su ambiente (51).

Tipos de comunicación

Existen dos procedimientos para relacionarse en las organizaciones. La comunicación interna que hace referencia a la que mantienen los miembros de la organización entre sí, y la comunicación externa que muestra la transmisión de información con personas y grupos del exterior.

Con relación a la comunicación interna, se puede definir como el patrón de mensaje compartidos por los miembros de la organización; es la interacción humana que ocurre dentro de las organizaciones y entre los miembros de la misma.

El estudio de la comunicación interna centra su interés en los procesos y subprocesos por medio de los cuales se procura que los miembros de la organización cumplan las tareas encomendadas. También se interesa por los canales de información que facilitan la realización de esas tareas, de acuerdo con los objetivos propuestos para el grupo (51).

Relaciones sociales en la empresa

No se puede olvidar que las organizaciones están compuestas por individuos y esos individuos son netamente seres sociales que necesitan de la comunicación no solo como elemento de la interacción sino como validación de su ser frente al entorno. La necesidad de sentirse percibido, escuchado, ser tenido en cuenta y tener la posibilidad de expresarse, son elementos naturales de la persona (72).

En la realidad de la organización nacen variadas relaciones sociales, fruto de la interacción cotidiana de las personas en la organización. Estas relaciones son, al menos teóricamente, racionales y claramente establecidas por la organización o por los fundadores de la misma. Sobre ellas se superponen otras más espontáneas o informales donde tienen cabida los aspectos más afectivos y difícilmente racionalizables de la conducta humana. De esta manera, la organización es producto de un aspecto formal y otro informal; así mismo, en la medida en que las relaciones sociales se manifiestan y son

producto de los canales de comunicación existente, en el flujo informativo al interior de la empresa se puede distinguir entre la comunicación que sigue los esquemas formales y la comunicación informal. La comunicación formal viene inicialmente dibujada en las líneas del organigrama, el cual permite una clara visión del armazón planeado para la empresa. La comunicación informal se manifiesta fundamentalmente en los rumores que continuamente funcionan en la organización de manera incontrolada (51).

4.2.6 Comunicación en el ambiente de práctica de Enfermería

Hoy en día los procesos de comunicación en Enfermería se han asociado con la satisfacción en el trabajo e involucran diferentes aspectos, uno de ellos son las relaciones basadas en la colaboración. Al respecto la AACN se manifiesta comentando que la verdadera colaboración es un proceso, diferente a un evento, que debe ser continuo y se construye con el tiempo, lo que implica que dentro de la cultura de trabajo la comunicación y toma de decisiones conjunta entre los propios profesionales de Enfermería y entre la Enfermería y otras disciplinas se convierte en la norma. En una verdadera colaboración se respetan los conocimientos y las habilidades únicas de cada profesional para lograr una atención segura y de calidad para los pacientes (64).

A propósito de lo anterior, cobran importancia las relaciones que se deben establecer entre médicos y profesionales de Enfermería. Se considera que este par de grupos de profesionales juntos constituyen el mayor componente de los proveedores de salud, así que los estilos de comunicación entre los profesionales de Enfermería y los médicos contribuyen a la satisfacción laboral de las enfermeras y enfermeros y la percepción del ambiente de práctica. Se ha establecido que las enfermeras a menudo se reportan insatisfechas con la comunicación y la interacción con los médicos; esto se lo atribuyen al abuso verbal, la falta de respeto, o la falta de trabajo en equipo. Esta condición deber ser susceptible de mejoramiento, ya que en el contexto de la Enfermería, el servicio que se presta es el cuidado de la salud, y las personas con las que se trata se encuentran enfermas, con ciertas necesidades complejas y tratamientos específicos para cada uno de ellos, sumado al estrés familiar. Así, los desafíos adicionales para el equipo de cuidado de atención médica exigen que la comunicación del equipo entre los profesionales de Enfermería y los médicos sea oportuna y exacta evitando que estas

mismas relaciones puedan llegar a convertirse en barreras para proporcionar atención adecuada y oportuna al paciente (55–57,75).

4.2.7 Liderazgo

El liderazgo es el proceso de influir, apoyar, dirigir, orientar, motivar, vincular, integrar y optimizar el quehacer de las personas o grupos para que trabajen voluntaria y entusiastamente en favor del cumplimiento de los objetivos. Es el factor decisivo que contribuye a que los individuos o grupos identifiquen sus metas y que después los motiva y asiste en el cumplimiento de las metas establecidas. La principal función de un líder es influir en los demás para que persigan voluntaria y entusiastamente los objetivos definidos (52,67,76).

Rasgos del liderazgo

El líder debe ser un agente de cambio, un transformador que conoce y maneja las variables de su mundo en continua mutación y evolución; se abre al cambio y lo promueve, no al cambio por sí mismo, sino a una mejora continua y como un reto inexorable de la condición humana (76).

Líder es ser un maestro, un transformador de personas; un inspirador de hombres y mujeres que generarán sus propias visiones y motivaciones hacia las metas y los valores de sus propios equipos (76).

Entre las tareas claves que debe asumir un líder está advertir situaciones diferentes y adaptarse conscientemente a ellas (52).

Los líderes también son seguidores; en la mayoría de las ocasiones deben rendir cuentas a otra persona. Los líderes deben ser capaces de cumplir ambos roles, para relacionarse eficazmente tanto en dirección ascendente como descendente (52,67,76).

Comportamiento de un líder – habilidades

1. *Habilidad técnica:* Conocimiento y capacidad de una persona en cualquier tipo de proceso o técnica. Característica distintiva del desempeño laboral en los niveles

operativo y profesional, pero a medida que los empleados ascienden a responsabilidades de liderazgo, sus habilidades técnicas se vuelven proporcionalmente menos importantes (52).

2. *Habilidad humana*: Capacidad de trabajar eficazmente con las personas y generar trabajo en equipo (52).
3. *Habilidad de conceptualización*: Capacidad para pensar en términos de modelos, marcos de referencia y amplias relaciones (52).

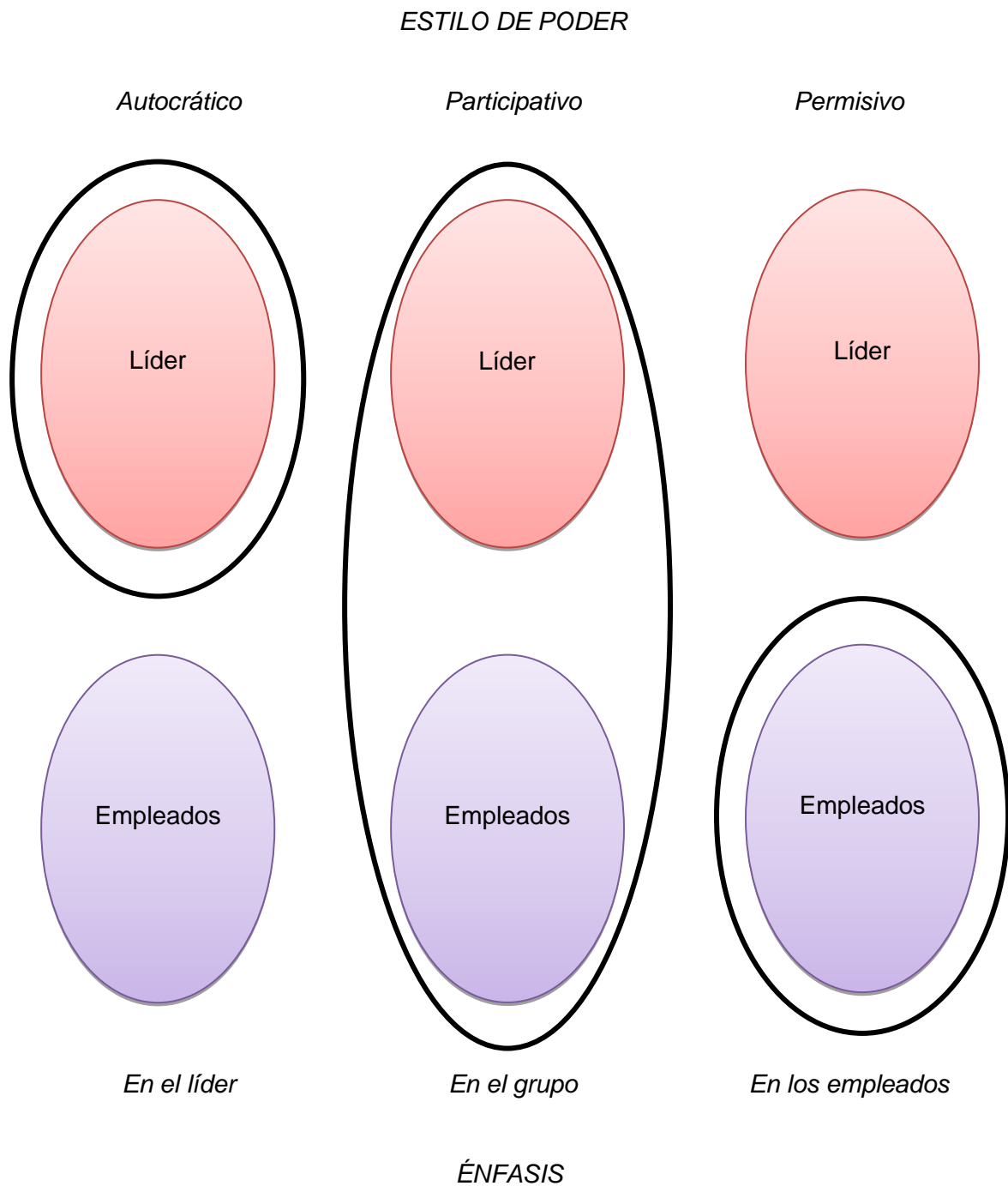
Estilos de liderazgo

Al patrón general de acciones explícitas e implícitas de los líderes, desde la perspectiva de los empleados, se le conoce como estilo de liderazgo. Éste representa una combinación coherente de filosofía, habilidades, rasgos y actitudes que da cuenta del comportamiento de una persona. Las percepciones de los empleados sobre el estilo de liderazgo es lo que realmente importa. Los empleados no responden exclusivamente a lo que los líderes piensan y hacen, sino sobre todo a lo que perciben que sus líderes son. El liderazgo reside en la realidad en los ojos de quienes lo presencian.

Entre los diferentes estilos de liderazgo se cuentan con autocráticos, participativos y permisivos (50,52). La Figura 4-5 especifica los tipos de liderazgo.

1. *Líderes autocráticos*: centralizan el poder y la toma de decisiones. Estructuran en su totalidad la situación de trabajo de sus empleados, de quienes esperan que hagan lo que les dicen y no que piensen por sí mismos (50,52).
2. *Líderes participativos*: descentralizan la autoridad. Las decisiones participativas no son unilaterales, porque surgen de la conducta de los seguidores y de la participación de estos. Líder y grupo actúan como una unidad social (50,52).

Figura 4-6: Tipos de liderazgo (50).



Fuente: Armstrong, Gerencia de recursos humanos integrando el personal y la empresa, 1991.

3. *Líderes permisivos*: evitan el poder y la responsabilidad. Dependen en gran medida del grupo para el establecimiento de las metas propias de éste y la resolución de sus problemas. Los miembros del grupo se capacitan a sí mismos y aportan su propia motivación. El líder desempeña apenas una función menor (50,52).

Consideración y estructura

Dos diferentes estilos de liderazgo usados con los empleados son la consideración y la estructura, también conocidos como orientación a los empleados y orientación a las tareas. Los líderes garantizan un desempeño y satisfacción laboral relativamente altos de los empleados si su estilo dominante de liderazgo es un elevado grado de consideración. A los líderes considerados les interesan las necesidades humanas de los empleados. Se esfuerzan por generar trabajo en equipo, ofrecen apoyo psicológico, ayudan a sus empleados en la resolución de problemas. Los líderes estructurados, orientados a las tareas, creen por el contrario que la mejor manera de obtener resultados consiste en mantener a su personal constantemente ocupada, ignorar sus asuntos y emociones individuales y apresurarlo a producir (50,52).

4.2.8 Liderazgo en el ambiente de práctica de Enfermería

El liderazgo es uno de los principales factores que contribuyen a reducir el volumen de rotación de Enfermería; así como el estilo de liderazgo y la gobernanza participativa se relacionan directamente con los resultados deseados de la satisfacción de los profesionales de Enfermería, el compromiso y la retención; por esto, una de las principales razones de cambio de lugar de trabajo es que los profesionales encuentran un mejor liderazgo en otro lugar, es decir que cuando las enfermeras o enfermeros se retiran, no dejan la organización, dejan a su líder. De esta forma, las habilidades de liderazgo de Enfermería son particularmente valiosas, no sólo debido a la retención que

se genera o no a raíz de éstas, sino también porque las enfermeras o enfermeros dirigentes eficaces que producen una alta retención contribuyen al ahorro de mucho dinero que los hospitales gastan en cada contratación y reemplazo del personal que abandona las organizaciones (57,77).

Enfermeras o enfermeros gerentes, administradoras, coordinadores de área, educadoras y otros líderes en la organización, deben centrar su quehacer en la creación de oportunidades para desarrollar un ambiente adecuado que permita la prestación de cuidados de alta calidad. Es imperativo que en diferentes áreas de la organización se encuentren ocasiones para la aparición, creación y capacitación de líderes formales e informales en la disciplina; además, se debe verificar la disminución de la carga laboral para los mismos, con el fin de maximizar su efectividad en el liderazgo de su grupo y permitirles invertir más tiempo al frente del personal de Enfermería. De acuerdo a lo anterior, para el logro de un liderazgo auténtico se requiere que los profesionales de Enfermería y las distintas organizaciones se comprometan al desarrollo dirigentes de una manera sistemática y exhaustiva, de forma tal que se promueva la educación y el desarrollo de enfermeras o enfermeros dirigentes y buenas líderes (56,57,61,64,65).

Basada en la revisión anterior se hizo una clasificación de los ítemes que permite identificar cuáles de ellos mantienen una relación con los aspectos generales de la Sociología de las Organizaciones y que se reflejan de alguna forma en investigaciones de Enfermería sobre el Ambiente de Práctica.

A continuación se muestra la Tabla 4-6 en la que se plasmó las relaciones en cada uno los ítemes del “*PES - NW*”, de acuerdo con la información encontrada:

Tabla 4-5: Clasificación de los ítemes del “PES - NWI” de acuerdo con la revisión de literatura llevada a cabo en la presente investigación.

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
<i>Los ítemes 6, 21, 23 y 27 se pueden asociar dentro de la dimensión de PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO a partir de los siguientes aspectos:</i>			
6	El personal de Enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales.	Davis 2002 y Lucas 2002 afirman que los empleados no son meros recursos, por lo cual, se les debe ofrecer autonomía y compartirles información relevante que les permita ejercer control sobre los factores que influyen en su desempeño laboral (51,52).	Nurses 2005 comenta que el grado en el cual las enfermeras son activas y tienen empoderamiento para la toma de decisiones acerca de los planes de cuidado de sus pacientes y el grado en el que ellas desempeñan un rol activo y central en la toma de decisiones dentro de la organización; influye directamente en la posibilidad de que sientan satisfacción, se comprometan más con la organización y reporten alta calidad de cuidado de Enfermería en sus unidades (64).
21	Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de los empleados.	Acosta T. 2008 y Davis 2002 explican que los administradores deben establecer intercambio social bidireccional con los trabajadores, en contraste con la imposición de ideas desde los más altos mandos. Es importante mostrar confianza en el potencial de los empleados cediéndoles cierto poder, a cambio de lo cual se recibirá por parte de ellos creatividad y compromiso. En este sentido, los administradores participativos consultan a sus empleados, en contraprestación, ellos intervienen los problemas y toman decisiones para un efectivo trabajo en equipo y aumento de la responsabilidad sobre las metas del grupo (52,63).	No es posible evidenciar literatura de Enfermería que se relacione específicamente con este ítem.

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
23	El personal de Enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos).	Davis 2002 menciona que la participación será más exitosa cuando los empleados creen que pueden hacer contribuciones que serán valoradas por la organización, y que se les retribuirá por ello. También es necesario que creen que la dirección está verdaderamente interesada en sus ideas y hará uso de ellas, de modo que su tiempo y energía no serán desperdiciados (52).	Según Nurses 2005 las enfermeras deben ser valoradas e incluidas dentro de la formulación de políticas, dirección y evaluación de la atención clínica (64).
27	El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la Institución.	Davis 2002 y Lucas 2002 argumentan que participar activamente en lo que le es propio representa una necesidad humana, se puede deducir que cada persona deben contar con el derecho de influir en las decisiones que le afectan, y en ese mismo sentido, con el derecho de contribuir a la marcha global de la empresa, desde la tarea que a cada uno le corresponde (51,52).	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 23, basada en Nurses 2005 (64).
<i>Los ítemes 4, 5, 13 y 17 se pueden asociar dentro de la dimensión de MOTIVACIÓN a partir de los siguientes aspectos:</i>			
4	Existen programas de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de Enfermería.	Según Blank 1990, uno de los factores con mayor fuerza motivacional es el desarrollo personal. Casi todas las personas ansían progresar, avanzar, tener un crecimiento personal, tener mayores conocimientos, tener la oportunidad de estudiar, obtener un título etc. De esta forma, las organizaciones que brindan oportunidades a su personal de tener un desarrollo personal, tendrán trabajadores más motivados que aquellas que no ofrecen estas posibilidades (67).	En el caso de Enfermería, Chenoweth <i>et al.</i> 2010, Blake <i>et al.</i> 2013 y Norman 2013 explican que se han evidenciado las oportunidades de educación y desarrollo profesional como una razón fuerte para sentirse motivado en el lugar de trabajo ya que las profesionales encuentran que de esta forma se nota la preocupación por el futuro de las enfermeras y la Enfermería, procurando el desarrollo de una práctica excelente (56,58,68).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
5	Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	Para el autor Blank 1990, el ascender o avanzar por los diversos niveles organizacionales es otro factor motivador para muchas personas. Unos los desean porque ofrece un mayor sueldo; otros porque les da mayor autoridad; para algunos significa más poder; para otros es imagen de prestigio; varios lo desean porque quieren ser ejemplo frente a su familia, etc. (67).	Nurses 2005 y Tapp <i>et al.</i> 2005 piensan que las enfermeras quieren que su conocimiento y contribución única al cuidado del paciente sean reconocidos y valorados; aprecian el reconocimiento genuino de su esfuerzo y compromiso en la toma de decisiones correctas y el trabajo bien hecho, y algunas veces por los turnos pesados que tienen (64,66).
13	Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	Blank 1990 expresa que uno de los factores que contribuyen a la motivación de las personas es el reconocimiento por la labor realizada. Por supuesto este reconocimiento debe ser real y honesto. Es decir que la persona debe haber tenido un desempeño bastante bueno, por encima del promedio. Si no es así las personas no apreciarán los reconocimientos y se crearán envidias entre los empleados (67).	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 5, basada en Nurses 2005 y Tapp <i>et al.</i> 2005(64,66).
17	La Institución ofrece oportunidades de avance profesional.	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 5, basada en Blank 1990 (67).	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 5, basada en Tapp <i>et al.</i> 2005 (66).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
<i>Los ítemes 2, 16, 19 Y 24 se pueden asociar dentro de la dimensión de COMUNICACIÓN Y RELACIONES LABORALES a partir de los siguientes aspectos:</i>			
2	Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	<p>La comunicación permite establecer acuerdos sociales, por lo cual se puede considerar como una estrategia para mantener relaciones sociales efectivas.</p> <p>La relación laboral que existe entre médicos y enfermeras ha sido estudiada desde la sociología; Lupton 2012 menciona que las enfermeras que trabajan en los hospitales deben negociar las luchas por el poder con los médicos y afrontar el sexismo y el paternalismo de estos profesionales (78).</p>	De acuerdo con Blake <i>et al.</i> 2013, Heath <i>et al.</i> 2004 Norman 2013, Grant <i>et al.</i> 2010, Nurses 2005 y Manojlovich 2005 los procesos de comunicación en Enfermería se asocian con la satisfacción en el trabajo e involucran diferentes aspectos, uno de ellos son las relaciones basadas en la colaboración, esto es, una cultura de trabajo en equipo y sensación de comunidad. Un ambiente de trabajo en el que los individuos mantienen relaciones de colaboración y respeto entre ellos. En este proceso los profesionales de la salud hacen uso de la toma de decisiones de forma conjunta, tomando como base los atributos de confianza, respeto mutuo, conocimiento, buena comunicación, responsabilidad compartida, el apoyo entre colegas, el trabajo en equipo y la cooperación como una actividad consciente en busca de lograr la unidad de esfuerzos en la consecución de objetivos compartidos. Estos conceptos de comunicación y colaboración han sido asociados con el apego de las profesionales a su organización y el mejoramiento en cuanto a la retención de personal, es por esto que las enfermeras deben ser implacables en la búsqueda y el fomento de una verdadera colaboración (56–58,64,65,75).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
16	Se reconoce trabajo en equipo interdisciplinar entre enfermeros (as) y médicos (as).	Aguilera 2007 describe que habilidades del equipo se deben compactar en torno a unas mismas metas y allí es indispensable que la actitud de todos los colaboradores de la organización, de forma que se puedan realizar labores conjuntas superando problemas de ego o situaciones ajenas a la organización para concentrarse en el logro de las metas; en este aspecto la comunicación asertiva juega un papel fundamental (72).	Autores como Blake <i>et al.</i> , 2013; Heath <i>et al.</i> , 2004; Eaton - Spiva <i>et al.</i> , 2010 y Manojlovich, 2005; se han referido a la importancia de construir procesos de comunicación positivos entre médicos y enfermeras, de forma tal que el trabajo que realizan cada uno de los profesionales se torne mancomunado y contribuya al cumplimiento de los requerimientos de los pacientes, así como al desarrollo de habilidades y conocimientos propios de cada profesión (55,57,57,75).
19	Se trabaja con enfermeros (as) clínicamente competentes.	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 16, basada en Aguilera 2007 (72).	Chenoweth <i>et al.</i> 2010, Tapp <i>et al.</i> 2005, y la Federación Australiana de Enfermería 2009 definen la necesidad del apoyo entre iguales, como la relación de trabajo entre colegas de Enfermería que se considera un aspecto importante para atraer y retener enfermeras en el lugar de trabajo, de hecho, cuando ocurre algún tipo de conflicto en las interrelaciones entre compañeros de trabajo, se observa un efecto destructivo sobre la moral y la capacidad profesional de servicio (66,68,70).
24	Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeros (as) y médicos (as).	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 16, basada en Aguilera 2007 (72).	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 16, basada en Blake <i>et al.</i> , 2013; Heath <i>et al.</i> , 2004; Eaton - Spiva <i>et al.</i> , 2010 y Manojlovich, 2005 (55,57,57,75).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
Los ítemes 3, 7, 10, 11, 15, 20 y 28 se pueden asociar dentro de la dimensión de LIDERAZGO a partir de los siguientes aspectos:			
3	El coordinador de Enfermería de su área es un apoyo cuando los (as) enfermeros requieren resolver cualquier asunto.	Autores como Casares 1994, Davis 2002, Blank 1990 consideran el liderazgo como el proceso de influir, apoyar, y orientar las actividades de las personas o equipos en favor del cumplimiento de los objetivos. En consecuencia, es importante que los líderes creen una visión e inspiren a los demás a hacerla realidad, el liderazgo debe ser el catalizador que transforma la potencia en realidad (52,67,76).	Papastavrou <i>et al.</i> 2012, Heath <i>et al.</i> 2004, Mannix <i>et al.</i> 2013 dicen que el desarrollo de un liderazgo auténtico, dentro del contexto de la gestión, es realmente una guía para ayudar a construir los ambientes de práctica de Enfermería, el papel de la enfermera líder se centra en influir y ayudar a otros a ver y comprender situaciones desde diferentes perspectivas (57,77,79).
7	El coordinador de Enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como críticas.	Casares 1994, Davis 2002 y Blank 1990 afirman que el liderazgo se considera un proceso para mover un grupo o grupos hacia alguna dirección, a través de medios no coercitivos, conforme a lo anterior el líder debe tener la capacidad para elevar a las personas por encima de preocupaciones y conflictos para integrarlas en la búsqueda de metas trascendentes y dignas de sus mejores esfuerzos (52,67,76).	Dentro los atributos del liderazgo considerados por Mannix y otros 2013, se incluye que la líder en Enfermería debe contar con la característica de empoderar al equipo, de forma tal que logre establecer una dirección y resolver conflictos, tomando ventaja de todas las situaciones y mejorando las competencias propias y las de seguidores (79).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
10	Hay un(a) director(a) del departamento de Enfermería que es buen líder y administrador(a).	Según lo expuesto por Cáceres 1994, el líder es un administrador de energías y recursos que se dirige a los procesos humanos superiores, como son la entrega, la pasión por lo que se hace, la lealtad, la colaboración, la trascendencia, el sentido del trabajo y de la vida, el desarrollo personal y el comunitario, a través del manejo de los recursos materiales, tecnológicos y administrativos y con el fin de lograr resultados. Los resultados, son aquellos que generan riqueza material, social, cultural, espiritual, y que ponen al servicio del hombre bienes y servicios que lo elevan en su calidad humana integral (76).	Autores como Grant <i>et al.</i> 2010, Blake <i>et al.</i> 2013, Nurses 2005, Lankshear <i>et al.</i> 2013, Heath <i>et al.</i> 2004, Souza <i>et al.</i> 2013 argumentan que a través del liderazgo la enfermera intenta conciliar los objetivos organizacionales con los objetivos del grupo de la Enfermería, buscando el perfeccionamiento de la práctica profesional y principalmente el alcance de una asistencia de Enfermería adecuada, por ello, las enfermeras requieren, entre muchas otras, de habilidades comunicativas, visión estratégica, promoción de cambios positivos, compromiso con el servicio orientado a resultados y a modelos a seguir para la práctica colaborativa y habilidades para construir e inspirar sus equipos. Además, deben tener el entusiasmo necesario para diseñar y mantener ambientes de práctica saludable así como planes de mejora que promuevan avances en el desarrollo profesional (56,57,61,64,65,80).
11	El (la) director (a) del departamento de Enfermería es ampliamente visible y accesible al personal.	Cáceres 1994 menciona que el líder se reconoce como un miembro de la organización que posee poder personal y social, y la habilidad de convertir una intención en un resultado y mantenerlo con, a través y para la gente. Las organizaciones y las personas que laboran en ellas requieren de un líder capaz de poner todas las cualidades, energías, y talentos en la tarea de lograr que sus seguidores obtengan éxito, logren las metas, se desarrollen y cumplan con la misión de su puesto (76).	Haciendo referencia a los atributos del liderazgo considerados por Mannix y otros 2013, se reconoce que la líder en Enfermería debe ser un modelo a seguir, lo que le permitirá ser reconocida como una persona clave, legítima, respetada y asequible, por parte del grupo de enfermeras y de todo el equipo que trabaja en salud (79).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
15	El director del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que el de los otros directivos de la institución.	Noriega, 2008 explica que los líderes en la organización representan una alta importancia ya que su influencia personal y su poder para alcanzar una meta común son claves para transformar tanto a la empresa como a las personas que colaboran en ella. En consecuencia, las organizaciones dependen, para crecer y perdurar del liderazgo de sus dirigentes (81).	Souza y otros 2013 mencionan que muchos enfermeros ejercen liderazgo de forma limitada a pesar de estar en la cima de la estructura jerárquica de la organización, esto se debe a las relaciones de poder de la institución que no dan paso a los líderes de Enfermería para ejercer adecuadamente sus cargos(80). Al respecto, autores como Grant <i>et al.</i> 2010 Blake <i>et al.</i> 2013 Nurses 2005 Lankshear <i>et al.</i> 2013 Heath <i>et al.</i> 2004 anotan que los líderes de Enfermería requieren de recursos de apoyo acordes con su ámbito de responsabilidades, acceso a los foros de toma de decisiones y preparación o entrenamiento para aseguramiento de su papel (56,57,61,64,65).
20	El director del departamento de Enfermería respalda al personal de Enfermería en la toma de decisiones; incluso cuando hay diferencias con el personal médico.	Davis 2002 refiere que el líder se debe destacar por sus habilidades humanas, lo que se puede representar en la capacidad de trabajar eficazmente con las personas y generar trabajo en equipo (52).	El liderazgo en Enfermería permite crear una fuerza de trabajo comprometido, mejorar la satisfacción laboral, la competencia laboral y la calidad de la vida laboral así como a aumentar los resultados positivos en la organización (57,77). De acuerdo a lo anterior, de nuevo es importante considerar los atributos del liderazgo reportados por Mannix y otros 2013, en donde se especifica que la líder en Enfermería debe contar con la característica de empoderar al equipo, lo que redundará en la creación de relaciones valiosas y cooperativas; también debe desarrollar de capacidades de percepción para recoger y respetar las señales de los individuos y la organización en general (79).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
28	El coordinador de Enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones.	Davis 2002, Blank 1990, Casares 1994 y Tapp <i>et al.</i> 2005 coinciden en que el liderazgo es un fenómeno social de interrelaciones e intercambio que se basa en las necesidades del grupo y en el estilo de los líderes que encajan en la dinámica de la relación. En este sentido, los líderes dependen de los seguidores (el grupo) para lograr contribuciones significativas con miras a obtener un buen desempeño organizacional; y los seguidores dependen del líder para lograr ideas, apoyo y guía para sus acciones. En este proceso dual de liderazgo, la influencia es mutua, el líder influye sobre sus seguidores y también es influido (52,67,76).	Mannix y otros 2013, que consideran el empoderamiento del equipo como un atributo del liderazgo en Enfermería, evidencian que la implementación de habilidades de negociación y apoyo así como la experiencia de compartir conocimientos y ayudar a los colegas; hacen parte de la lista de características que permiten a la líder de Enfermería promover un trabajo adecuado con su equipo (79).
Los ítemes 1, 9 y 12 no fue posible asociarlos en ninguna de las anteriores dimensiones ya que no se encontraron aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se relacionaran con lo descrito en el ítem. Sin embargo, al hacer la revisión de literatura de Enfermería fue posible relacionar algunos aspectos mencionados en la misma, los cuales se asociaron así:			
1	Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.	—	La Federación Australiana de Enfermería 2009 y Eaton - Spiva <i>et al.</i> 2010 afirman que la suficiencia de recursos materiales y el acceso a los servicios necesarios se cuentan dentro de las necesidades de las enfermeras para poder llevar a cabo una práctica dentro de un ambiente que ellas puedan considerar saludable (55,70).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
9	Con el Número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	—	Nurses 2005, EL Consejo Internacional de Enfermería 2009, la Federación Australiana de Enfermería 2009, Eaton - Spiva <i>et al.</i> 2010 y Shu - Yuan Lin <i>et al.</i> 2011 consideran un aspecto clave para la motivación de Enfermería el hecho de contar con personal que esté en la capacidad numérica de responder de forma efectiva a las necesidades de los pacientes, refieren que las enfermeras dicen que la parte más desfavorable de su profesión es la sobrecarga de trabajo, ya que ésta y falta de personal impactan en la atención al paciente y los resultados de salud de todo el mundo (55,64,69–71).
12	Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	—	Para este ítem, la literatura considerada es significativamente similar a la relacionada en el ítem 9, basada en Nurses 2005, EL Consejo Internacional de Enfermería 2009, la Federación Australiana de Enfermería 2009, Eaton - Spiva <i>et al.</i> 2010 y Shu - Yuan Lin <i>et al.</i> 2011 (55,64,69–71).
18	Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.	—	Grant <i>et al.</i> 2010, Manojlovich 2007, Eaton - Spiva <i>et al.</i> 2010 afirman que entre las características de una profesión se encuentra que quienes la profesan tienen control sobre la práctica de su disciplina, esto se puede concebir como “ <i>la libertad de actuar en lo que se sabe</i> ”, o como la capacidad de actuar de acuerdo con el conocimiento y juicio sobre el contenido de la práctica de Enfermería. Se ha encontrado que un lugar de trabajo que promueve en las enfermeras lo que podría llamarse autonomía, tiene como resultado en ellas un mayor sentido de la justicia organizativa y el respeto en su entorno de trabajo (65,82,55).

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
<i>Los ítemes 1, 9 y 12 no fue posible asociarlos en ninguna de las anteriores dimensiones ya que no se encontraron aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se relacionaran con lo descrito en el ítem. En suma, no se encontraron datos en la literatura de Enfermería que se pudieran asociar a los siguientes ítemes:</i>			
8	Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir las dudas y el cuidado del paciente con otros (as) enfermeros (as).	—	—
14	Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de Enfermería, con indicadores que se divulgan al personal.	—	—
22	Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad en la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.	—	—
25	Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros (as) que ingresan a la institución.	—	—

No.	Ítem o Aspectos a Evaluar	Aspectos de la Sociología de las Organizaciones que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem	Referencias de Investigaciones de Enfermería que se Relacionan con lo Descrito en el Ítem
26	El cuidado del paciente está basado en el modelo de Enfermería, en lugar del modelo médico.	—	—
29	Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	—	—
30	La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo el (la) mismo (a) enfermero (a) cuida del paciente en días seguidos.	—	—
31	Se aplican los diagnósticos de Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	—	—

En la revisión presentada se encontró que diecinueve {19} de los treinta y un {31} ítemes (61%) del instrumento diseñado por Lake en el 2002, pueden reagruparse en los cuatro aspectos descritos. Dando continuidad a la revisión que se ha llevado a cabo, los mismos serán considerados dentro de un solo concepto capaz de reflejar todo lo que éstos encierran, toda vez que se encuentran contenidos dentro de la sociología de las organizaciones, de acuerdo con lo propuesto por Lake.

En tal sentido, se ha encontrado que los factores que aquí se presentaron, tienen una clara relación con las dimensiones del concepto de “Clima Organizacional” y que hacen parte del diseño e implementación de instrumentos ideados para medir dicho constructo.

La anterior afirmación se basa en la comparación de los aspectos: *“Participación, Motivación, Comunicación y Liderazgo”*, con dimensiones que se han definido en distintos instrumentos diseñados con el propósito de medir el constructo de “Clima Organizacional”, cuyo origen corresponde a la sociología de las organizaciones (83).

Esta confrontación, se realizó a partir de las dimensiones reportadas por Cardona y Zambrano, quienes analizaron las propiedades psicométricas y las dimensiones evaluadas por 10 instrumentos (IPAO, CFK Ltd, OSCI, N0CT, C-CLIOU, Clima GCV, OCM, MDCO, ICO, BSC), encontrando que las dimensiones más frecuentes son: *“Toma de decisiones, autonomía o responsabilidad; Claridad organizacional, Liderazgo, Interacción social, Motivación, Sistema de recompensas e incentivos, Apertura organizacional y Supervisión”*.

La Tabla 4-6 muestra cómo las definiciones de cada uno de los factores guarda semejanzas con los aspectos descritos anteriormente (84).

Tabla 4-6: Relación de los aspectos: “*Participación, Motivación, Comunicación y Liderazgo*” con dimensiones de instrumentos que miden el constructo “Clima Organizacional”.

DIMENSIONES MÁS EVALUADAS	DEFINICIÓN	ASPECTO CON EL QUE GUARDAN RELACIÓN
Toma de decisiones, autonomía o responsabilidad	Percepción que se tiene de la capacidad para decidir sobre cuál es la alternativa más viable según la consideración de las personas en las organizaciones (84).	PARTICIPACIÓN
Claridad organizacional	Percepción que se tiene acerca de las alineaciones administrativas y su adecuación en la organización. Información con que cuenta la persona sobre la contribución a un proceso. Percepción que tienen los trabajadores sobre las directrices de la empresa (84).	COMUNICACIÓN Y RELACIONES LABORALES
Liderazgo	Percepción que existe entre los directivos y las personas, con énfasis en la consideración que se tiene del direccionamiento dado a la organización. En definitiva, tiene que ver con la función del líder, relacionada con la supervisión y requisición (84).	LIDERAZGO
La interacción social	Percepción de las personas en términos de apoyo y acompañamiento. Grado en el cual el trabajador percibe que predominan las relaciones entre miembros caracterizadas por el respeto mutuo, cooperación efectiva, metas consensuadas, solidaridad, integración social y mecanismos claros y equitativos en la solución de conflictos (84).	COMUNICACIÓN Y RELACIONES LABORALES
La motivación	Percepción que se tiene respecto a las posibilidades de la institución de dar un mejor acompañamiento para la consecución de las metas laborales y personales (84).	MOTIVACIÓN

DIMENSIONES MÁS EVALUADAS	DEFINICIÓN	ASPECTO CON EL QUE GUARDAN RELACIÓN
El sistema de recompensas e incentivos	Percepción de que el trabajo proporciona retribuciones que redundan en beneficios económicos y afectivos para el empleado, esto en términos de remuneraciones, bonificaciones y reconocimientos (84).	PARTICIPACIÓN
La apertura organizacional	Percepción de que la organización escucha y favorece espacios para las sugerencias de los trabajadores, y en consecuencia, que es flexible en la consideración de sus necesidades y expectativas (84).	LIDERAZGO
La supervisión	Percepción de reconocimiento que tienen las personas hacia un superior o director encargado de orientar las funciones inherentes al trabajo (84).	LIDERAZGO

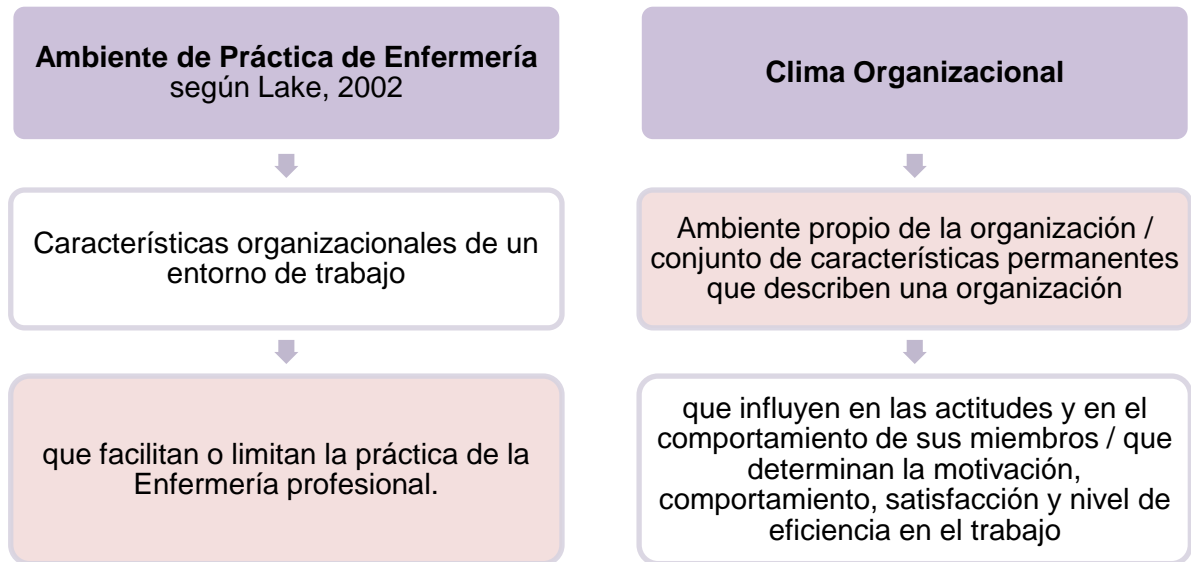
Desde este punto de vista, también se realizó una aproximación al concepto de “Clima Organizacional”, hecho que permitió conocer las siguientes definiciones del mismo:

- Méndez propone que el “Clima Organizacional” es el ambiente propio de la organización producido y percibido por el individuo, de acuerdo a las condiciones que encuentra en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional, el cual se expresa por variables que orientan su creencia, percepción, grado de participación y actitud; determinando su motivación, comportamiento, satisfacción y nivel de eficiencia en el trabajo (83).
- Toro explica que el “Clima Organizacional” siempre se refiere a una representación cognitiva, que las personas construyen a partir de las realidades colectivas en las que viven, que se convierte en precursora de los juicios y de las actuaciones de las personas (85).

-
- Forehand y Gilmer lo exponen como el conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influyen en el comportamiento de las personas que la forman (86,87).
 - Por su parte, Marín y Melgar lo definen como el conjunto de percepciones de las características relativamente estables de la organización, que afectan en las actitudes y el comportamiento de sus miembros (88).
 - Así mismo, es delimitado como las percepciones que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja y la opinión que se haya formado de ésta, referida en términos de autonomía, estructura, recompensas, consideración, cordialidad y apoyo, Desler (83).
 - Sandoval sugiere que es el ambiente de trabajo percibido por los miembros de la organización, que incluye: estructura, estilo de liderazgo, comunicación, motivación y recompensas; lo cual ejerce influencia directa sobre el comportamiento y desempeño de los individuos (87).
 - Sells afirma que el ambiente interno sesga el comportamiento de los individuos, siendo estas influencias dependientes de la percepción del sujeto y de su aceptación de las restricciones sociales y culturales (89).

En lo argumentado, es posible encontrar una clara relación entre la definición de "Ambiente de Práctica de Enfermería" propuesta por Lake y las definiciones de "Clima Organizacional" que se disponen en la literatura. La Tabla 4-7 coloca de manifiesto el vínculo identificado (31,83,86,87).

Figura 4-7: Relación entre las definiciones de “Ambiente de Práctica de Enfermería” y “Clima Organizacional” (31,83,86,87).



5. Discusión

Esta investigación corresponde a la segunda revisión del instrumento “*PES - NWI*” en Colombia, ya que en primera instancia, de acuerdo con los resultados reportados por Cardona en el 2011, se puede evidenciar un desajuste en la validación de constructo del mismo.

Para la creación y consolidación final del “*PES - NWI*” de Lake se tuvieron en cuenta tres investigaciones anteriores que fueron usadas por la autora como base para el desarrollo de la investigación que dio como fruto el instrumento (30). En la Tabla 5-1 se describen dichas investigaciones.

Tabla 5-1: Investigaciones anteriores al “*PES - NWI*” usadas como base para la creación del mismo.

AÑO	1981 (34)			1989 (35)		2000 (36)	
NOMBRE	Aún no había instrumento.			“ <i>NWI</i> ”		“ <i>NWI - R</i> ”	
AUTORAS	Margaret McClaire	Muriel Poulin	Margaret Sovie	Marlene Krammer	Laurin Hafner	Linda Aiken	Patricia Patrician

AÑO	1981 (34)	1989 (35)	2000 (36)	
NOMBRE	Aún no había instrumento.	“ <i>NWI</i> ”	“ <i>NWI - R</i> ”	
JUSTIFICACIÓN	Escasez de enfermeras como un problema significativo para el sistema de salud.	La importancia de los valores compartidos en el personal de Enfermería, teniendo en cuenta que un marco de excelencia en la organización es extensivo a un sistema de valores comunes en el lugar.	Importancia de reconocer las características asociadas al ambiente de práctica de Enfermería.	El “ <i>NWI</i> ” podía determinar el grado en que un entorno de atención de Enfermería es considerado un entorno de práctica profesional, pero debía ser modificado.
OBJETIVOS	Identificar una muestra nacional de hospitales que estuvieran en la capacidad de atraer y retener profesionales de Enfermería (“Hospitales Magnéticos”) y reconocer los factores que se pudieran asociar con esta habilidad.	Comprobar el grado en el cual las enfermeras de diferentes niveles en el departamento de Enfermería, en diferentes tipos de hospitales, reportan un sistema de valores compartidos y la relación congruente entre ese sistema de valores y la percepción de un ambiente conductivo a la calidad de cuidado de Enfermería.	Reportar el desarrollo y la utilidad del “ <i>Revised Nursing Work Index</i> ” (“ <i>NWI - R</i> ”) en la medición de las características de los entornos de la práctica de Enfermería profesional.	

AÑO	1981 (34)	1989 (35)	2000 (36)
NOMBRE	Aún no había instrumento.	" <i>NWI</i> "	" <i>NWI - R</i> "
DESARROLLO	Las características que se encontraron como definitorias de los Hospitales Magnéticos se asociaron en tres dimensiones: Administración, Práctica profesional y Desarrollo profesional.	Implementación del <i>NWI</i> , con 65 ítemes y cuatro dimensiones: Valores del trabajo relacionados con la satisfacción del personal de Enfermería; Valores del trabajo relacionados con la productividad percibida; Satisfacción en el trabajo del personal de Enfermería; Percepción por parte del personal de Enfermería, de un ambiente capaz de conducir a la calidad de cuidado.	Construcción del " <i>NWI - R</i> " compuesto por 57 ítemes y cuatro dimensiones: Autonomía; Control del ambiente de trabajo, Relación personal de las enfermeras con los médicos, Apoyo que reciben las enfermeras por parte de la organización.
CONCLUSIÓN	Los Hospitales Magnéticos son una combinación de elementos que crean un ambiente de práctica positivo. Más que una estrategia, es la calidad de administración y liderazgo lo que distingue esas instituciones.	Al finalizar esta investigación, las estudiosas describen la imposibilidad para comprobar las hipótesis planteadas.	" <i>NWI - R</i> " estaba en la capacidad de capturar los atributos organizacionales del ambiente de práctica de Enfermería.

En un principio se consideró únicamente la necesidad de encontrar las características que definieran los mejores ambientes de trabajo para las enfermeras y enfermeros, y cómo esto contribuiría a solucionar el problema creciente de la escasez de enfermeras

(os). Sin embargo, para la segunda investigación, se decidió relacionar dichas características con la percepción de un ambiente conductivo a la calidad del cuidado de Enfermería; dando un giro a los objetivos planteados en el primer estudio. Posteriormente, con la tercera investigación, se pretendió que el "*NWI - R*" midiera la presencia de los rasgos en la organización que aportan al desempeño de la profesión de Enfermería.

Con estos antecedentes, Lake desarrolló el "*PES - NW I*" buscando crear una escala con la que se pudiera definir cuál era la contribución del ambiente de práctica a los resultados de Enfermería y de los pacientes. La autora en su artículo explicó que su interés estaba basado en medir el constructo "Ambiente de práctica de Enfermería" (31). En esta misma investigación la autora explicó que para definir las subescalas o dimensiones del instrumento se tuvo en cuenta el análisis factorial exploratorio, es decir que las 5 dimensiones con que cuenta el "*PES - NWI*" son producto únicamente de éste análisis estadístico.

Para la validación del instrumento en Colombia, en el 2011 se tuvo en cuenta el mismo método estadístico, aplicando un análisis factorial exploratorio en una muestra colombiana de 144 participantes, éste último dio como resultado un desajuste de los ítemes dado que no se agruparon de la misma forma que había reportado Lake en su investigación (28); lo que no permitió establecer claramente que el instrumento fuera válido para su uso en Colombia.

En la presente investigación se solicitó a la autora que diera a conocer la teoría en la que basó el desarrollo del "*PES - NWI*". En el documento enviado por Lake fue posible identificar diferentes conceptos como: efectividad organizacional, metas de producción, dilemas organizacionales y dilemas de trabajo entre otros (48). Poco despliega las características y aspectos específicos del concepto de "Ambiente de Práctica de Enfermería", lo que llama la atención teniendo en cuenta que el instrumento se encargaría de medir este constructo. Consecuencia de esto, no es posible encontrar sólida la teoría en la que se basa el instrumento "*PES - NWI*".

Pese a lo anterior, este estudio incluyó un análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre el instrumento "*PES - NWI*" (Numeral 4.1.2), en el cual, la evaluación del ajuste del modelo

a través del análisis de la solución global del sistema, los diferentes índices de bondad de ajuste y los componentes individuales estimados del modelo, arrojaron valores distantes de los criterios aceptados como referencia para un acople adecuado, plasmando como resultado que los patrones de covariación entre los ítemes y las dimensiones definidas en el instrumento “*PES - NWI*” no pueden ser representados apropiadamente mediante el AFC, lo que originalmente se traduce en la imposibilidad de acoplar los ítemes propuestos dentro de las categorías descritas por la autora.

Con respecto a la estructura factorial presentada por Lake, resulta relevante el hecho de que, según la misma autora, ésta se desprenda únicamente del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado por ella en su investigación, ya que según lo expuesto en el marco teórico, para el diseño de un instrumento se hace necesario que la distribución de los ítemes en las diferentes categorías o dimensiones se base en la conceptualización del instrumento.

Se expone en la Tabla 5-2, la agrupación de los ítemes que surge en el presente trabajo a partir de la revisión de literatura sobre Sociología de las Organizaciones, lo que permitió establecer la correlación de cada uno de los ítemes con la teoría mencionada por la autora en la información brindada:

Tabla 5-2: Asociación de los ítemes del “*PES - NWI*” a aspectos de la Sociología de las Organizaciones.

ASPECTO DE LA TEORÍA	ÍTEMES QUE SE PUEDEN ASOCIAR
<i>Participación y empoderamiento</i>	6, 21, 23, 27
<i>Motivación</i>	4, 5, 13, 17
<i>Comunicación y relaciones laborales</i>	2, 16, 19, 24
<i>Liderazgo</i>	3, 7, 10, 11, 15, 20, 28
<i>Sin correspondencia con ninguno de los aspectos de la teoría revisada.</i>	1, 8, 9, 12, 14, 18, 22, 25, 26, 29, 30, 31

En lo anterior, se puede verificar que, mediante la revisión de la Sociología de las Organizaciones, fue posible identificar cuatro aspectos, tres de estos similares a las categorías descritas por Lake y uno que no se asemeja a ninguna de las descritas por la autora original del “*PES - NWI*”, Tabla 5-3.

Tabla 5-3: Comparación entre los aspectos de la revisión de literatura del presente trabajo y las dimensiones del instrumento descrito por Lake.

REVISIÓN DE LITERATURA	DIMENSIONES VERSIÓN ORIGINAL “PES - NWI”
<i>Aspectos que se relacionan</i>	
Participación y empoderamiento	Participación del profesional en la institución
Comunicación y relaciones laborales	Relaciones de práctica conjunta
Liderazgo	Liderazgo y gestión
<i>Aspectos que no se relacionan</i>	
Motivación	Calidad del cuidado brindado y Recursos
	Recursos

En suma, de acuerdo con la agrupación realizada en el presente trabajo, existen doce ítemes que no se asociaron con ninguno de los aspectos revisados por no encontrarse sustento teórico que permitiera dicha relación, lo que indicaría que estos ítemes no se relacionan con esta teoría sino con otra que no se revisó en esta investigación, conduciendo a un nuevo hallazgo: es probable que el instrumento no se base únicamente en la Sociología de las Organizaciones o que incorpore ítemes correspondientes a un concepto distinto a los aquí presentados.

Al realizar la correlación de los ítemes no asociados a ningún aspecto de la Sociología de las Organizaciones, con su ubicación en las dimensiones planteadas por Lake, se halló que se encuentran distribuidos como lo estipula la Tabla 5-4:

Tabla 5-4: Ubicación de los ítemes no asociados en la revisión de la Sociología de la Organizaciones en las dimensiones del “*PES - NWI*” original.

DIMENSIÓN DEL “PES–NWI”	ÍTEMES
Recursos	1, 8, 9, 12
Calidad del cuidado brindado	14, 18, 22, 25, 26, 29, 30, 31

De acuerdo con lo mostrado en las Tablas 5-2 a 5-4, se puede observar que “Motivación” es un aspecto de la Sociología de las Organizaciones que no coincide con ninguna de las dimensiones postuladas por Lake en su instrumento. Adicionalmente, al verificar la ubicación de los doce ítemes que no se lograron acoplar como factores de la Sociología de las Organizaciones, respecto a las dimensiones planteadas por Lake, se detectó que hacen parte precisamente de las categorías que en conjunto se excluyeron en la revisión efectuada en la presente investigación, “Recursos” y “Calidad del cuidado brindado”.

De manera complementaria, se tiene que cinco de estos doce ítemes registran los menores pesos estandarizados λ_{jm}^* , que fueron estimados mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) (Numeral 4.1.2), ocho están entre los primeros quince λ_{jm}^* y en el último lugar se localiza el ítem 12, cuyo $\lambda_{jm}^* > 1,000$; (ver Tabla 5-5). Vale la pena recordar que en la inspección realizada a los parámetros estimados presentados en la Tabla 4-3, se identificó que justamente para este X_{12} , la varianza del error asociado (σ_{E12}^2) refleja una inconsistencia al tomar un signo negativo {-}, equivalente a -0,053. Lo expuesto, puede interpretarse como que globalmente los ítemes que quedaron sin clasificación en el actual estudio, con algunas excepciones, evidencian baja relevancia en las dimensiones del “PES - NW” original de Lake.

En suma, al revisar la investigación de Isabel Orts, quien realizó validez de contenido al instrumento en 14 versiones dentro del continente europeo utilizando el indicador *Content Validity Indexing* (CVI), se encontró que el instrumento presentaba 27 “Ítemes Potencialmente Problemáticos: IPP” en una o varias de las versiones utilizadas para ese estudio (24). Al comparar los ítemes que en la presente investigación no se pudieron relacionar con la Sociología de las Organizaciones, se encuentra que 11 de éstos coinciden con algunos de los reportados por Orts como IPP. Además, si se compara la jerarquización de los pesos estandarizados λ_{jm}^* de cada ítem en su correspondiente dimensión, de acuerdo al AFC del presente trabajo, se encuentra que los primeros ítemes reportados con menor peso, también fueron considerados por Orts como IPP, Tabla 5-6.

Tabla 5-5: Jerarquización de los pesos estandarizados λ_{jm}^* de cada ítem en su correspondiente dimensión, parámetro estimado en el Análisis Factorial Confirmatorio del instrumento "PES - NWI".

JERARQUIZACIÓN	ÍTEM	PESO ESTANDARIZADO
	X_j	λ_{jm}^*
1	30	0,095
2	31	0,187
3	29	0,240
4	8	0,311
5	1	0,398
6	4	0,459
7	13	0,473
8	6	0,487
9	9	0,502
10	5	0,539
11	11	0,545
12	17	0,566
13	26	0,566
14	25	0,576
15	15	0,577
16	3	0,590
17	23	0,593
18	19	0,606
19	21	0,611
20	2	0,621
21	14	0,626
22	28	0,628
23	22	0,631
24	27	0,635
25	16	0,649
26	18	0,667
27	7	0,704
28	20	0,791
29	10	0,807
30	24	0,835
31	12	1,070

Tabla 5-6: Ítemes que no se relacionan con la Sociología de las Organizaciones e ítemes de menor peso en el AFC que coinciden con los “Ítemes Potencialmente Problemáticos” reportados por Orst, 2011 (24).

FRECUENCIA DEL IPP SEGÚN ORST, 2011	ÍTEMES IPP QUE COINCIDEN CON LOS QUE NO SE RELACIONAN CON LA SOCIOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES	ÍTEMES IPP QUE COINCIDEN CON LOS 5 DE MENOR PESO EN EL AFC
IPP en 1 versión	1, 26 y 22	1
IPP en 2 versiones	31, 8, 9 y 18	31 y 8
IPP en 4 versiones	30, 29, 25 y 14	30 y 29

Por otro lado, en este estudio se cuenta con una revisión de investigaciones acerca del Ambiente de Práctica de Enfermería, que también fueron relacionadas con cada uno de los ítemes. Con lo anterior se logró identificar cómo algunos de los enunciados propuestos por Lake han sido considerados en otras investigaciones sobre el mismo tema. Así, se pudieron encontrar estas relaciones para veintidós de los treinta y un ítemes. En cuanto a los nueve ítemes restantes, que no se relacionaron con las investigaciones, es posible evidenciar que ocho de estos coinciden con aquellos que no se pudieron asociar tampoco con la Sociología de las Organizaciones.

Ahora bien, otro factor de interés en el presente estudio está relacionado con el vínculo que se logró evidenciar entre los cuatros aspectos de la agrupación de los ítemes que se proponen, con las dimensiones del constructo “Clima Organizacional”, esto considerando que la propuesta de Lake 2002 para medir el “Ambiente de Práctica de Enfermería” se logra reflejar en la información descrita acerca del “Clima Organizacional”. Con base en esto, se tiene que:

- Lo descrito como “Ambiente de Práctica de Enfermería” se puede aproximar y redefinir como “Clima Organizacional” en una institución hospitalaria, en la que es posible establecer que el comportamiento de las personas que laboran en la misma, está bajo la influencia de numerosos estímulos que provienen del medio organizacional (89).

- El "*PES - NWI*" en un 61% está diseñado para medir "Clima Organizacional", es decir, éste corresponde al constructo bajo el cual se podría redefinir el instrumento.

En consecuencia, se requiere de continuidad en la revisión de literatura y el desarrollo del instrumento, para conseguir claridad acerca de la teoría sobre la cual se construye el "*PES - NWI*".

5.1 Limitaciones

Un desafío constante al que se enfrenta quien hace investigación metodológica es la escogencia del camino a seguir en la reconstrucción del instrumento diseñado una vez se reprueba alguna de las etapas de validación: validez de contenido, validez facial y validez de constructo. En este estudio, dicha limitación se abarcó evaluando la teoría sobre la cual se soporta el instrumento "*PES - NWI*" y reestructurando tanto las dimensiones, como la distribución de los ítems en las mismas, mediante la inclusión de teorías provenientes de la Sociología de las Organizaciones. Es probable, por lo tanto, que no se hayan considerado opciones teóricas que hubieran aportado a la comprensión de la construcción del instrumento.

Por su parte, en el proceso de redefinición del instrumento, la autora del "*PES - NWI*" Dra. Eileen Lake suministró la información necesaria para establecer la teoría sobre la cual éste fue fundamentado. Sin embargo, surge la inquietud respecto a si existieron aspectos adicionales no comunicados que hayan sido tomados en consideración en el marco de la formulación de la teoría y el posterior diseño del instrumento. De igual modo, es probable que no se haya incorporado información relevante de la autora del instrumento que hubiera podido aportar a la comprensión del proceso de construcción desde el nivel teórico.

6. Conclusiones y Recomendaciones

Este capítulo corresponde a la presentación de las conclusiones de la presente investigación, las cuales surgen de un trabajo desarrollado en busca del cumplimiento de los objetivos planteados en el marco referencial, posteriormente se mencionan las conclusiones generales. Finalmente se muestran las recomendaciones generales que surgen a raíz de los hallazgos de su investigación.

6.1 Conclusiones

Para iniciar es imperioso reflexionar acerca de lo que representa medir determinado aspecto con una escala adecuada que otorgue la seguridad de que los datos que arrojará realmente representarán el constructo que se investiga; de forma tal que los investigadores antes de usar cualquier tipo de escala deben garantizar que la misma es completamente fiable y válida para ser puesta en práctica.

La imposibilidad de encontrar despliegue teórico que definiera a profundidad el constructo “Ambiente de Práctica de Enfermería” en la “Disertación teórica” enviada por la autora sugiere que el instrumento “*PES - NWI*” no contaba, en la información revisada, con una base teórica sólida que diera lugar a la construcción de dimensiones o categorías en las cuales se pudieran agrupar los ítemes. Así, no se logró una propuesta para procurar el ajuste, más allá de lo presentado en el capítulo de resultados, a partir de lo cual, como se planteará en las recomendaciones, se sugiere seguir trabajando; esto hace necesaria la búsqueda y aplicación de una teoría que aborde los temas relacionados con “Ambiente de Práctica de Enfermería” logrando dar un sustento teórico a este constructo de forma tal que se defina claramente y así mismo se llegue a la posibilidad de reconocer sus características y especificaciones.

En cuanto al Análisis Factorial Confirmatorio se reafirmó que los ítemes del "*PES - NWI*" aplicados en la muestra colombiana de 144 enfermeras, recolectada por Cardona en el 2011, no se ajustan a la estructura factorial detallada por Lake en su artículo; lo que ratifica la necesidad de abrir una discusión acerca de cuáles son los planteamientos teóricos que subrayan el desarrollo del instrumento y cuáles serían las dimensiones acordes a este planteamiento que se podrían aplicar al instrumento en cuestión.

Se trata entonces de un instrumento que no está en la capacidad de reproducir fielmente el constructo que intenta medir y requiere de ampliación teórica antes de pasar a nuevas actividades sobre el mismo. En virtud de lo anterior, es ineludible trabajar primero en esa construcción teórica antes de dedicarse a la búsqueda de falencias relacionadas con adaptación cultural o lingüística del instrumento, así mismo sería inútil la aplicación del "*PES - NWI*" hasta tanto no se aborde la definición clara y estricta del constructo que éste pretende medir.

En la revisión de teoría realizada en esta investigación se encuentra que el instrumento se ve parcialmente reflejado en la Sociología de las Organizaciones, de forma tal que se encuentran cuatro aspectos de esa teoría que logran relacionarse con diecinueve de los treinta y un ítemes planteados por la autora del "*PES - NWI*". Es interesante que de estos cuatro aspectos, tres se puedan relacionar con las dimensiones propuestas por Lake. Aun así, existe una dimensión que no coincide de ninguna forma con lo planteado en el instrumento original, así como doce ítemes que no se logran ubicar en la relación con los aspectos de la sociología de las Organizaciones. Es de subrayar que estos doce ítemes son clasificados por Lake dentro de las mismas dimensiones que no se logran relacionar con las encontradas en el presente estudio. En este sentido, se encontró que el "*PES - NWI*" puede verse reflejado en el constructo "Clima Organizacional", lo que deja abiertas dos posibilidades:

- Continuar en la búsqueda del ajuste teórico del "*PES - NWI*" partiendo de la relación hallada del mismo con "Clima Organizacional".
- Obviar el uso del "*PES - NWI*" y proceder con la aplicación de instrumentos diseñados y validados completamente, para la medición de "Clima

Organizacional”, teniendo en cuenta que también se encontró un claro vínculo entre las definiciones de este constructo y lo que Lake describe como “Ambiente de Práctica de Enfermería”.

Por otro lado, es de anotar que se tuvieron en cuenta investigaciones acerca del Ambiente de Práctica de Enfermería, lo que permitió reconocer cómo algunos de los enunciados propuestos por Lake también son usados en otras investigaciones, de forma que sigue siendo importante la búsqueda y el mejoramiento del instrumento “*PES - NW*” para lograr la implementación del mismo, siempre y cuando se logren las condiciones necesarias que lo permitan.

Finalmente, para lograr que el “*PES - NW*” sea usado de forma confiable en Colombia, se requiere de investigaciones adicionales que, como ésta, contribuyan a la construcción de un sustento teórico que desarrolle a profundidad el constructo Ambiente de Práctica de Enfermería, lo que conllevaría a la creación de una herramienta adecuada para la medición de este aspecto que afecta la vida laboral de las profesionales de Enfermería.

Para la academia y para las instituciones de salud se hace necesario contar con un instrumento adecuado con el que se puedan medir los Ambientes de Práctica de Enfermería, el cual conlleve al diseño e implementación de estrategias de mejora de las características de las organizaciones en las que se desempeñan los profesionales, por esta razón es de gran importancia el aporte que se realiza con la presente investigación como inicio para el diseño sólido de este tipo de instrumento en Colombia, que requiere continuidad en el esfuerzo aquí plasmado de forma que se establezca finalmente la herramienta final capaz de cumplir con este tipo de objetivos.

6.2 Recomendaciones

Los siguientes postulados corresponden a las sugerencias que se presentan luego de obtener las conclusiones ya presentadas, y que se consideran importantes para el refuerzo de esta investigación y el emprendimiento de estudios derivados de la misma:

A partir de los hallazgos de esta investigación, se sugieren realizar estudios futuros que contribuyan al fortalecimiento del presente, en razón de lo anterior es necesario

reconocer el sustento teórico sobre el que se identifica con los ítemes no clasificados dentro de la teoría sugerida por Lake para este trabajo. Es preciso entonces revisar la teoría relacionada con "Recursos" y con "Calidad del cuidado brindado", y detectar si estos temas tienen relevancia para el Ambiente de Práctica de Enfermería.

Es necesario que al finalizar la revisión teórica del instrumento se aplique nuevamente y se configure un nuevo análisis factorial basado en el trabajo adelantado y el que está por venir, con el fin de asegurar una estructura factorial adecuada que realmente permita medir Ambientes de Práctica de Enfermería.

Desde ya se requieren estudios que permitan definir las características de los Ambientes de Práctica de Enfermería, medirlos y, en virtud de esto, posterior a la consolidación del instrumento "*PES - NWI*" es necesario incursionar en investigaciones en las que el uso del instrumento permita esclarecer las características propias de los lugares en los que trabajan las enfermeras(os), que así mismo conllevarán al planteamiento de planes y estrategias de mejoramiento que favorezcan el desarrollo de la práctica profesional.

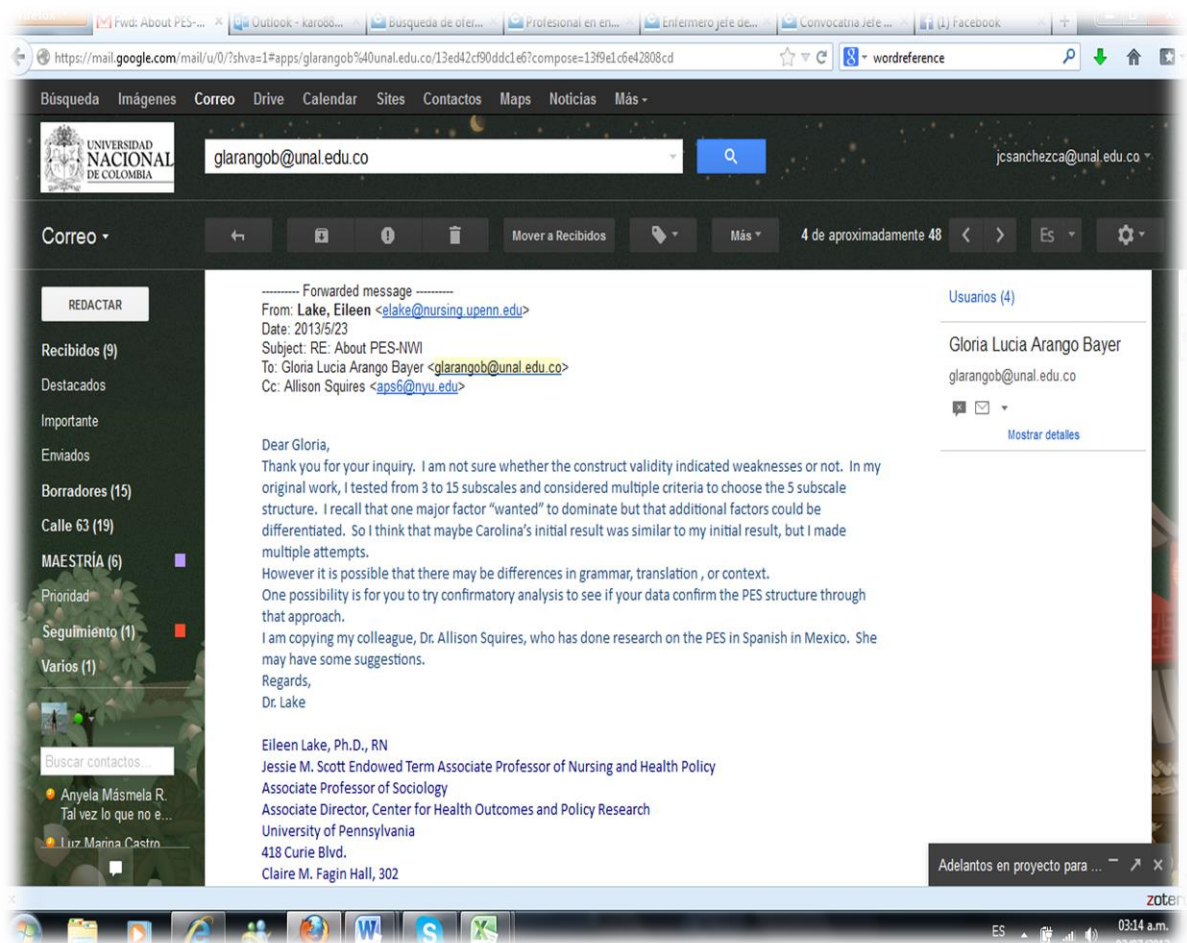
Resulta conveniente considerar la posibilidad de profundizar en el conocimiento de la investigación metodológica y el diseño de instrumentos de medición en salud, de forma que las investigaciones venideras produzcan pruebas de calidad, acordes con el contexto en el que se van a aplicar que cuenten con un soporte teórico psicométrico profundo.

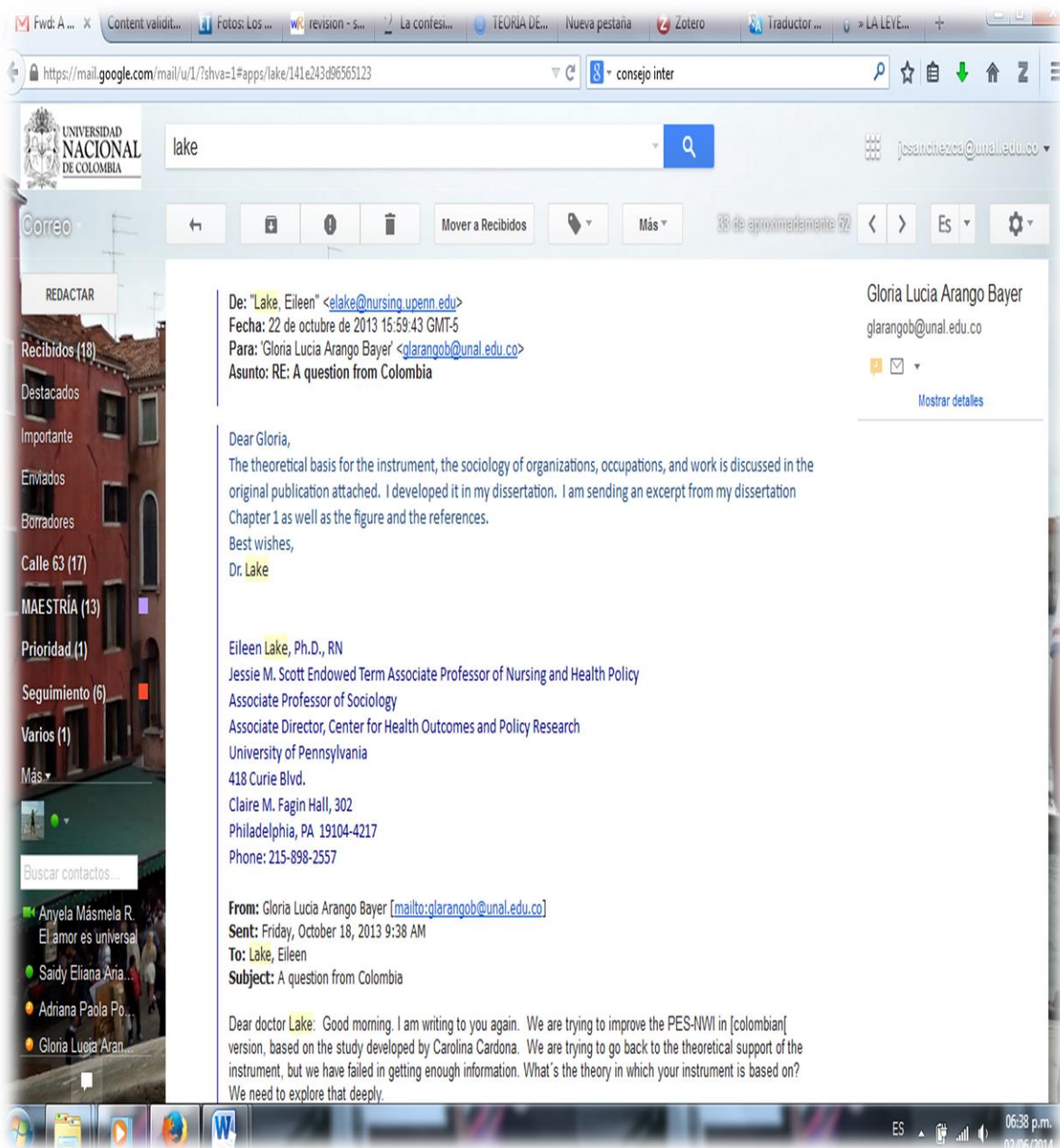
En el desarrollo de la investigación se encontraron diferentes puntos de vista que reconocen la importancia de los Ambientes de Práctica de Enfermería, motivo por el cual se hace necesario que se efectúen estrategias a nivel de las facultades y asociaciones de Enfermería que les permita a los profesionales comprender el significado y repercusión que los mismos tienen para la práctica de Enfermería, dando a conocer los problemas que se pueden encontrar para motivar el diseño de proyectos que conduzcan al mejoramiento.

Finalmente, es necesario hacer uso de ésta y de las próximas investigaciones para contribuir en las posibles reformas del sistema de salud con el fin de encontrar en los órganos de control, alternativas que permitan la construcción de Ambientes de Práctica saludables y beneficiosos para los profesionales de Enfermería.

A. Autorización por parte de Dra. Eileen Lake.

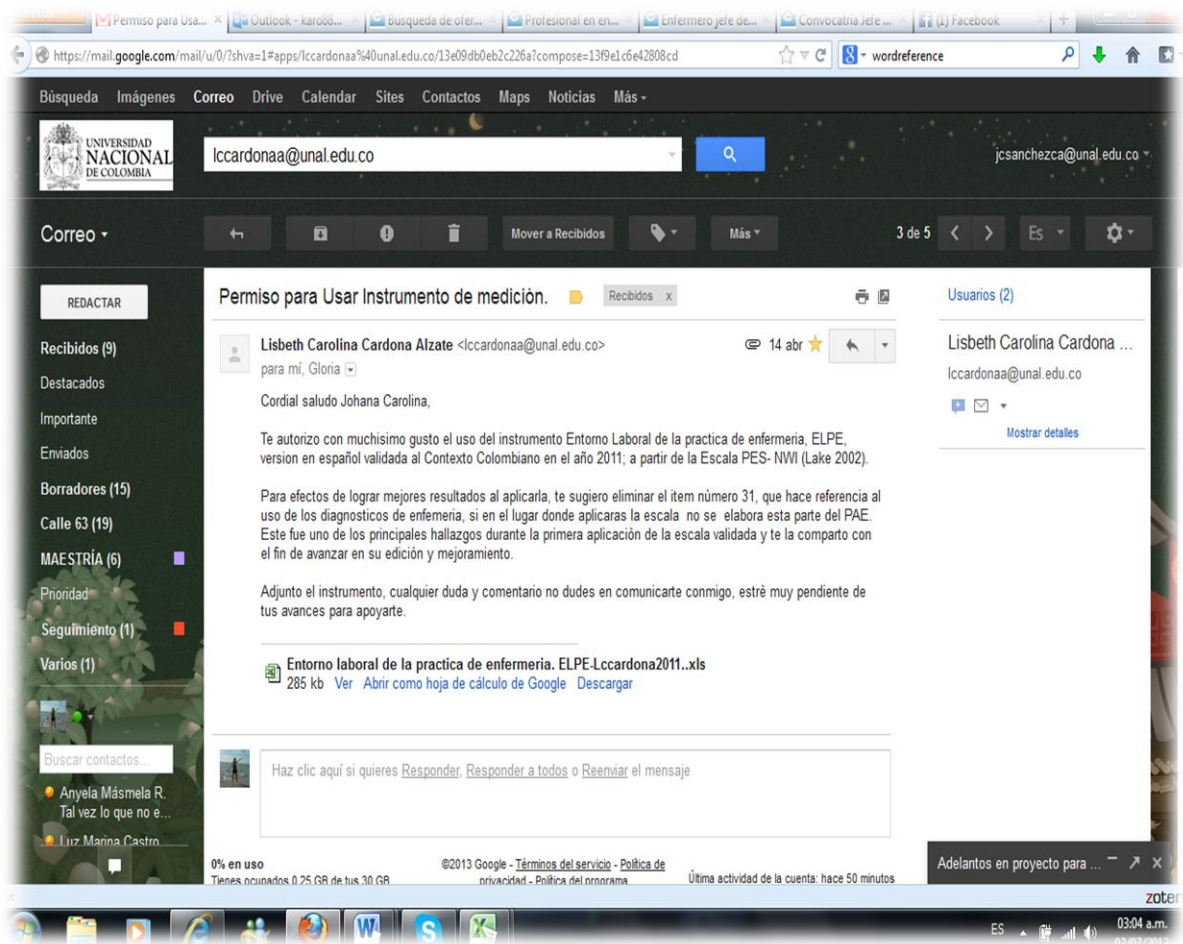
Correos electrónicos en los que la Dra. Eileen Lake demuestra su disposición y autorización para el uso de sus creaciones intelectuales y la obtención de información en el desarrollo de la presente investigación.

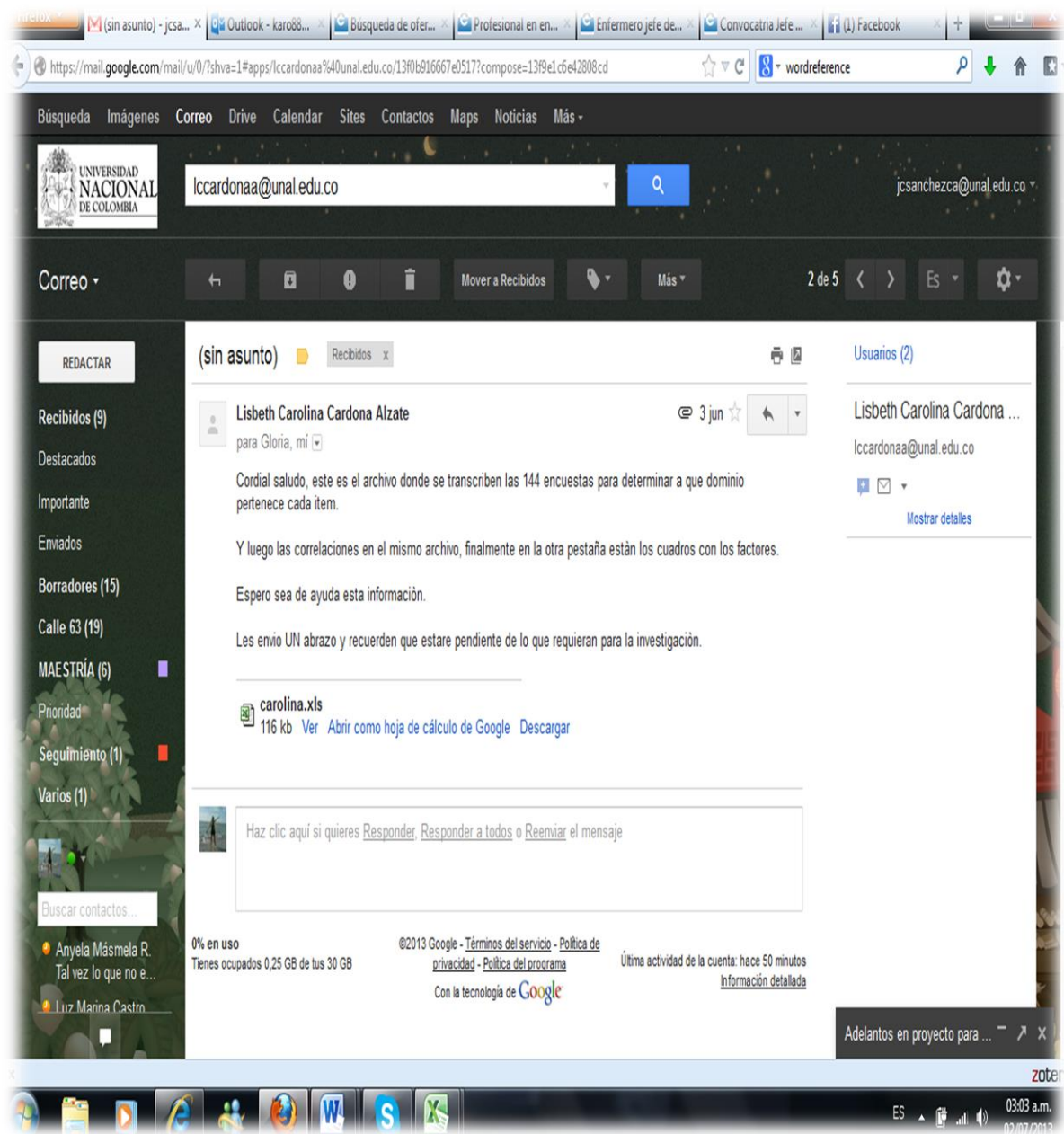




B. Autorización por parte de Enfermera MSc. Lisbeth Cardona

Comunicaciones vía e-mail en las que la Enfermera Magíster Lisbeth Cardona demuestra su disposición y autorización para el uso de sus creaciones intelectuales, así como la obtención de información en el desarrollo de la presente investigación.





C. Aval Ético

Se presenta aquí una foto de la carta enviada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la que se da aval desde los aspectos éticos para la realización de la presente investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

UGI- 008-2014

Bogotá D.C. martes 28 de Enero de 2014

Profesora
CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO
Directora
Posgrados en Enfermería Disciplinarios
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Referencia: Aval ético

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 27 de enero de 2014 Acta No. 01, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación de Maestría en Enfermería titulado *"Afinación del instrumento para medir entorno de la práctica de Enfermería: Environment Scale Of the Nursing Work Index PES-NWI"* de la estudiante Johanna Carolina Sánchez Castro, directora Gloria Lucía Arango Bayer.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YURIAN RUBIANO MESA
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

* Delegada por la Decana

Copia: Johanna Carolina Sánchez Castro – Estudiante Maestría
Gloria Lucía Arango Bayer - Directora Tesis

Bibliografía

1. Bucham, James, Calman, Lynn. La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones. Consejo Internacional de Enfermeras; 2004.
2. De Raeve, Paul. Caring in crisis [Internet]. Science Omega. 2012 [citado 29 de abril de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.scienceomega.com/article/147/caring-in-crisis>
3. Hardy, Jane, Calveley, Moira, Shelley, Steve, Zahn, Rebecca. Opportunities and challenges related to cross border mobility and recruitment of the health sector workforce [Internet]. Hertfordshire: European Federation of Public Service Unions; 2012 sep. Recuperado a partir de: http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-Report-Migration-Health-Workers-Final-Version_Appendices-EN.pdf
4. De Raeve, Paul, Kirk Olesen, Nina. Why are nurses seen as "easy targets" for cuts? [Internet]. Public Services Europe. Analysis, opinión, debate. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.publicserviceeurope.com/article/2732/why-are-nurses-seen-as-easy-targets-for-cuts>
5. Iipinge, Scholastika, Dambisya, Yoswa, Loewenson, Rene, Chimbari, Moses, Ndeti, David, Munga, Michael, et al. Incentives for health worker retention in east and southern Africa: Learning from country research [Internet]. University of Namibia, Training and Research Support Centre, University of Limpopo in the Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa (EQUINET) with the East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC); 2009 oct p. 44. Report No.: 78. Recuperado a partir de: <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Diss78synthesisHRH09.pdf>
6. Malvárez, Silvina, Castrillón, María Consuelo. Panorama de la fuerza de trabajo en América Latina. Organización Panamericana de la Salud OPS y Consejo Internacional de Enfermería CIE; 2005.
7. Velandia, Ana Luisa. La Enfermería en Colombia 1990 - 2010 Ejercicio profesional y situación legal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. junio de 2011;13(1):65-78.
8. ANA American Nurses Association. Strategies to reverse the new Nursing Shortage [Internet]. ANA American Nurses Association. [citado 21 de mayo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/NursingShortage/LegislationStrategies/NursingShortage.html>

9. Kimball, Bobbi. Health Care's Human Crisis – Rx for an Evolving Profession. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. mayo de 2004;9(2). Recuperado a partir de: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No2May04/HealthCaresHumanCrisis.html#.UZpJwr_-wTo.gmail
10. Velasquez G. VF, Lopez L, Lopez H, Catano N. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. Hacia Promocion Salud. 1 de julio de 2011;16(2):121.
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Nivel Nacional [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>
12. Hurtado, Rocio. Las carreras que prefieren estudiar las mujeres. El TiempoCom [Internet]. 5 de abril de 2011 [citado 19 de junio de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/educacion/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9127483.html
13. Ballén MNR, Melgarejo LM. Profesionales de Enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Investig En Enferm Imagen Desarro. 2010;12(2):55-92.
14. Cogollo, Zuleima, Gómez, Edna. Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Av En Enferm.
15. Redacción Cali. Tutelas, la vía para acceder a la salud en Colombia. El TiempoCom [Internet]. 2 de junio de 2013 [citado 22 de junio de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.eltiempo.com/colombia/cali/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12841383.html
16. Publican cartilla para que pacientes se defiendan del sistema de salud. El Universal - Cartagena [Internet]. 20 de septiembre de 2012 [citado 22 de junio de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/publican-cartilla-para-que-pacientes-se-defiendan-del-sistema-de-salud-91505>
17. Del Pilar Guzmán Urrea M. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado. (Spanish). Rev Gerenc Políticas Salud. julio de 2005;4(8):65-78.
18. Prieto, Gloria. Estrategias para mejorar la seguridad en lugares de trabajo de las enfermeras desde la ética. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=86:seguridad&catid=35:conferencias&Itemid=37
19. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería. Ontario, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario RNAO; 2006.

20. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, et al. Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de salud [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: <http://www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/es/Fact-Sheet-PPE-for-Healthcare-Professionals.pdf>
21. Boev C. The Relationship Between Nurses' Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *J Nurs Scholarsh.* diciembre de 2012;44(4):368-75.
22. Havens D, Warshawsky N, Vasey J. The nursing practice environment in rural hospitals: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index assessment. *J Nurs Adm.* noviembre de 2012;42(11):519-25.
23. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being— a Norwegian study. *J Nurs Manag.* mayo de 2005;13(3):221-30.
24. Orts, María Isabel. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo [Doctorado en Ciencias de la Salud Escuela Universitaria de Enfermería]. [Alicante, España]: Universidad de Alicante; 2011.
25. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scand J Caring Sci.* marzo de 2012;26(1):133-43.
26. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum O-A, Aungsuroch Y, Aiken LH. Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. *J Nurs Scholarsh.* 4th Quarter de 2011;43(4):426-32.
27. Joyce-McCoach J, Crookes P. Measuring «magnetism» in Australian nursing environments. *Aust J Adv Nurs.* febrero de 2012;29(2):13-22.
28. Cardona, Lisbeth. Validación de la versión en español del instrumento Practice Environment Scale Of The Nursing Work Index (PES- NWI o«Entorno Laboral de la Práctica De Enfermería») [Trabajo de grado para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de salud]. [Bogotá D. C.]: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2011.
29. Instituto Mexicano De Normalización y Certificación. Conceptos fundamentales y generales, y términos asociados [Internet]. [citado 7 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.metrohm-mexico.com/downloadpdf/CALIBRACION_AJUSTE.pdf
30. Chlaepfer-Pedrazzini, Loraine, Infante, Claudia. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública.* 32(2):141-55.

31. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. junio de 2002;25(3):176-88.
32. Kramer M, Schmalenberg C. Job satisfaction and retention insights for the '90s. Part 1. *Nursing (Lond)*. marzo de 1991;21(3):50-5.
33. Kramer M, Schmalenberg C. Job Satisfaction and Retention. Part 2. *Nursing (Lond)*. abril de 1991;21(4).
34. McClure, Margaret, Poulin, Muriel, Sovie, Margaret, Wandelt, Mabel. Magnet Hospitals - Attraction and Retention of Professional Nursesmagnet (The original study). 1983 [citado 28 de noviembre de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.venvn.nl/portals/20/dossiers/magnet_hospitals_original_study.pdf
35. Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*. junio de 1989;38(3):172-7.
36. Aiken L, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. junio de 2000;49(3):146-53.
37. Polit, Denise, Hungler, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
38. Cohen, Ronald, Swerdlik, Mark. Pruebas de evaluación y psicológicas. Cuarta. México: McGraw-Hill Interamericana2; 2001.
39. Crocker, Linda, Algina, James. Introduction to classical and modern test theory. Estados Unidos de América: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1986.
40. Ximénez, Carmen. Técnicas de Agrupación. Universidad Autónoma de Madrid - España: Apuntes de la Asignatura optativa del Master de Posgrado de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud; 2009.
41. Arias B. Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con Lisrel, AMOS y SAS. Seminario de Actualización en Investigación sobre Discapacidad SAID 2008 [Internet]. España: Universidad de Valladolid; 2008 [citado 7 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.benitoarias.com/articulos/afc.pdf>
42. Julio Olea, Francisco Abad, Ponsoda, Vicente, García, Carmen. Capítulo 10: Análisis Factorial Confirmatorio. Medición en Ciencias Sociales y de la Salud. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.; 2011.
43. Aldas - Manzano, Joaquin. Análisis Factorial Confirmatorio - Apuntes y ejercicios [Internet]. Universidad de Valencia; [citado 30 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.uv.es/aldas/resources/Docencia/URV/1.Apuntes_AFC.pdf
44. Verdugo Alonso, Miguel Ángel, Crespo Cuadrado, Manuela, Badía Corbella, Marta, Arias Martínez, Benito. Metodología en la investigación sobre discapacidad. In... (SID) [Internet]. Salamanca, España: Publicaciones INICO; 2008 [citado 7 de abril

- de 2014]. Recuperado a partir de: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/20749/8-1/metodologia-en-la-investigacion-sobre-discapacidad-introduccion-al-uso-de-las-ecuaciones-estructurales-vi-simposio-cientifico-said-2008.aspx>
45. Pai H-C, Lee S, Chang T. A confirmatory factor analysis of the Clinical Nursing Practice Environment Scale with hospital registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*. agosto de 2011;20(15/16):2344-54.
 46. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 [Internet]. oct 4, 1993. Recuperado a partir de: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
 47. Garzón, Nelly, Peña, Beatriz, Arango, Gloria, Aguinaga, Oscar, Munévar, Yolanda, Prieto, Rosibel. Recomendaciones éticas para la investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [Internet]. Centro de Extensión e Investigación Facultad de Enfermería; 2008. Recuperado a partir de: http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia_etica_FEUN.pdf
 48. Lake, Eileen. Chapter 1: Conceptualization of the Organization of Hospital Nursing. Excerpt from the original dissertation; 2002.
 49. Panunto, Marcia, Guirardello, Edinêis de Brito. Ambiente de la práctica profesional y el agotamiento emocional entre enfermeros de terapia intensiva1. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2013;21(3):765-72.
 50. Armstrong M. Gerencia de recursos humanos integrando el personal y la empresa. Santafé de Bogotá: Legis; 1991. 266 p.
 51. Lucas A. Sociología de las organizaciones. Madrid: Mc Graw Hill; 2002. 443 p.
 52. Davis K. Comportamiento humano en el trabajo. 11a. ed. México Buenos Aires: McGraw-Hill; 2002. 622 p.
 53. Giddens, Anthony. Sociología. Madrid: Alianza; 1998. 810 p.
 54. Perez, Norma. Sociología. Módulo I. Univ Nacional de Río Cuarto;
 55. Eaton-Spiva L, Buitrago PB, Trotter LM, Macy AB, Lariscy MA, Johnson DB. Assessing and Redesigning the Nursing Practice Environment. *J Nurs Adm* January 2010. 2010;40(1):36-42.
 56. Blake N, Leach LS, Robbins W, Pike N, Needleman J. Healthy Work Environments and Staff Nurse Retention: The Relationship Between Communication, Collaboration, and Leadership in the Pediatric Intensive Care Unit. *Nurs Adm Q* OctoberDecember 2013. 2013;37(4):356-70.
 57. Heath JM, Johanson WM, Blake NM. Healthy Work Environments: A Validation of the Literature. *J Nurs Adm* Novemb 2004. 2004;34(11):524-30.

58. Norman I. The nursing practice environment. *Int J Nurs Stud.* diciembre de 2013;50(12):1577-9.
59. Kloppe HC, Coetzee SK, Pretorius R, Bester P. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *J Nurs Manag* July 2012. 2012;20(5):685-95.
60. Kramer M, Schmalenberg C, Brewer BB, Verran JA, Keller-Unger J. Accurate assessment of clinical nurses' work environments: Response rate needed. *Res Nurs Health.* 2009;32(2):229-40.
61. Lankshear S, Kerr MS, Spence Laschinger HK, Wong CA. Professional practice leadership roles: the role of organizational power and personal influence in creating a professional practice environment for nurses. *Health Care Manage Rev.* diciembre de 2013;38(4):349-60.
62. Lucero RJ, Sousa KH. Participation and Change in the Nurse Work Environment. *Vis J Rogerian Nurs Sci.* julio de 2006;14(2):48-59.
63. Acosta T. R. Seminario texto guía gerencia del talento humano y resolución de conflictos liderazgo. Bogotá: Academia Internacional Colombia. Centro de Investigaciones Asesorías y Seminarios para la Formación Profesional; 2008. 102 p.
64. Nurses TAA of C-C. AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence. *Am J Crit Care.* 5 de enero de 2005;14(3):187-97.
65. Grant B, Colello S, Riehle M, Dende D. An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. *J Nurs Manag.* abril de 2010;18(3):326-31.
66. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de Enfermería. (Spanish). *Aquichan.* octubre de 2005;5(1):114-27.
67. Blank Bubis L. La administración de organizaciones un enfoque estratégico. Cali: Centro Editorial Universidad del Valle; 1990. 421 p.
68. Chenoweth L, Yun-Hee Jeon, Merlyn T, Brodaty H. A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *J Clin Nurs.* enero de 2010;19(1/2):156-67.
69. International Council of Nurses (ICN), Pfizer Inc. External Medical Affairs. Nurses in the workplace: expectations and needs. A global survey of Nurses. [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/advocacy/nurses_in_the_workplace/survey.swf
70. Australian Nursing Federation. Heavy workloads and understaffing take toll on patients. *Aust Nurs J.* agosto de 2009;17(2):20-20.

71. Shu-Yuan Lin, Chung-Hui Lin, Mei Chang Yeh, Shu-Ying Lin, Yueh-Jiau Hwang. A psychometric evaluation of the Taiwan version of the Individual Workload Perception Scale. *J Clin Nurs*. febrero de 2011;20(3/4):494-503.
72. Aguilera J. Gerencia integral de comunicaciones claves para estructurar los nuevos departamentos de comunicación. Bogotá: Ecoe; 2007. 128 p.
73. Centro de I de la CCOC. Comunicación empresarial plan estratégico como herramienta gerencial. Guzmán de Reyes AP, editor. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2007. 227 p.
74. Weinert AB. Manual de psicología de la organización la conducta humana en las organizaciones. Barcelona: Herder; 1985.
75. Manojlovich M. Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *J Nurs Scholarsh*. 4th Quarter de 2005;37(4):367-73.
76. Casares Arrangoiz D. Liderazgo capacidades para dirigir. México: Fondo de Cultura Económica; 1994. 183 p.
77. Papastavrou E, Efstathiou G, Acaroglu R, Da Luz MDA, Berg A, Idvall E, et al. A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *J Nurs Manag*. marzo de 2012;20(2):236-48.
78. Lupton D. La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012. 234 p.
79. Mannix, Judy, Wilkes, Lesley, Daly, Jhon. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemp Nurse*. 1 de agosto de 2013;45(1):10-21.
80. Souza S e, Paulo L, Cordeiro F, Lúiza A, Nunes de Aguiar R, Veloso Dias O, et al. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm Glob*. 2013;281-93.
81. Noriega, María Guadalupe. La importancia del liderazgo en las organizaciones. *Temas de Ciencia y Tecnología*. diciembre de 2008;12(36):25-9.
82. Manojlovich M. Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. *Online J Issues Nurs*. enero de 2007;12(1):15-15.
83. Méndez Álvarez CE. Clima organizacional en Colombia: El IMCOC: un método de análisis para su intervención. Bogotá: Universidad del Rosario; 2006. 143 p.
84. Cardona Echeverri DR, Zambrano Cruz R. Revisión de instrumentos de evaluación de clima organizacional. *Estud Gerenciales* [Internet]. 2014 [citado 15 de octubre de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012359231400117X>

85. Toro Alvarez F, López C. R, editores. Clima organizacional: una aproximación a su dinámica en la empresa latinoamericana. Bogotá: Centro de investigación en comportamiento organizacional; 2009. 368 p.
86. Garcia, Guillermo. Clima Organizacional: Hacia un Nuevo Modelo. Porik An [Internet]. 2007 [citado 4 de noviembre de 2014];12. Recuperado a partir de: http://www.porikan.com/imagenes_3noanteriores/No.12porikan/articulo6.pdf
87. Sandoval Caraveo M del C. Concepto y dimensiones del clima organizacional. Hitos Cienc Económico Adm. 2004;27:78-82.
88. Marin JM, Melgar A, Castano C. Teoría y técnicas de desarrollo organizacional. Ser Doc Téc Guatem. 1990;(10).
89. Rada CAG. Diseño, construcción y validación de un instrumento que evalúa clima organizacional en empresas colombianas, desde la teoría de respuesta al ítem. Acta Colomb Psicol. 2004;11:97-113.
90. Ferrando, Pere, Anguiano-Carrasco, Cristina. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. Papeles del Psicólogo. 2010;31(1):18-33.
91. Morales, Pedro. El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios [Internet]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas - Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; 2008 [citado 7 de abril de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
92. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: Guilford Press; 2006. 475 p.